FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

Par JEAN JAMAIN

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 9 décembre 1875.

FIBROMES UTÉRINS ET PUERPÉRALITÉ

Président : M. F. TERRIER, *professeur.*
Juges : MM. PINARD, *professeur.*
LEPAGE, GOSSET, *agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. DEBOVE.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	N... / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N...
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER. / RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / N...
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGUEU.	RÉNON.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBÉ.	MÉRY.	WALLICH.
CUNÉO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

À LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE LE DOCTEUR A. JAMAIN

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE DE MADRID, ETC.

À MON PÈRE

À MA MÈRE

À MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET A MON PARENT

M. Le Professeur TERRIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECIN
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE M. Le Professeur PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MÈMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous adressons l'hommage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A nos maitres dans les hôpitaux de Paris

M. Le Professeur de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique.

M Le Professeur Dejerine, médecin de la Salpêtrière.

M. Le Dr Chauffard, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Cochin.

M. Le Dr Letulle, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Boucicaut.

M. Le Dr Widal, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Cochin.

M. Le Dr Marion, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

M. Le Dr Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

M. Le Dr Rieffel, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

M. Le Dr Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Le Dr Guisez, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

M. Le Dr Reymond, chirurgien de l'hôpital départemental de la Seine. Sénateur de la Loire.

M. Le Dr Sapelier, médecin de l'hôpital départemental et de la crèche départementale de la Seine dont nous avons été l'*interne* pendant l'année 1904-1905.

Qui nous ont donné leur enseignement primesautier.

A mes amis

M. Le Dr Ch. Gandy, médecin des hôpitaux.

M. Le Dr V. Veau, chirurgien des hôpitaux.

M. Le Dr H. Pater, médecin de l'hôpital de Brévannes.

Qui nous ont toujours prodigué leur chaude sympathie.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

MM. Godfrin, Klobb, Brunotte, Favrel, Grélot,

Qui m'ont conféré le diplôme de pharmacien de 1re classe

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON

M. Le Dr Deroye, Directeur de l'Ecole de médecine, médecin de l'hôpital général.

M. Le Dr Broussolle, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'hôpital général.

M. Le Dr Morlot, Chef de clinique médicale, médecin de l'hôpital général.

M. Le Dr Cottin, Chirurgien de l'hôpital général, professeur de clinique chirurgicale.

M. Le Dr Breton, Médecin de l'hôpital général.

MM. Les Drs et Professeurs Collette, Tarnier, Zipfel, Gautrelet, Pingat, Michaut.

M. Le Dr Pauffard, Professeur d'anatomie (*in memoriam*).

M. Le Dr Laguesse, MM. Vincent, Bellier, Voisenet et David.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON

MM. Les Professeurs Pigeon, Bataillon, Brunhes et Hurion.

Qui ont guidé et encouragé nos débuts dans les études thérapeutiques et médicales.

Mais nous tenons, avant de terminer, à exprimer plus particulièrement toute notre vive gratitude à M. le Dr Mouchotte, chef de clinique obstétricale de la Faculté, qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils ;

à M. le Dr Breton, médecin de l'Hôpital de Dijon, qui est resté notre si bienveillant ami ;

à M. le Dr Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, dont nous avons mis à contribution si souvent la grande obligeance ;

à M. le professeur Terrier, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et qui, au cours de nos études, nous a prodigué ses si précieux encouragements ;

et enfin à M. le professeur Pinard, qui nous a toujours honoré de sa haute sympathie et dont les magistrales leçons ont inspiré notre travail inaugural.

INTRODUCTION

L'histoire de l'intervention dans les fibromes utérins pendant la puerpéralité se résume dans celle de l'obstétrique et de la gynécologie.

On ne trouve cités que quelques rares exemples de ces tumeurs dans Hippocrate, Galien, Aétius et Paul d'Egine ; les Arabes, Abulcasis, Al Hussain nous en ont transmis quelques cas, et, à l'époque de la Renaissance, nous possédons les observations, très peu nombreuses d'ailleurs, de Béranger de Carpi, Fabrice de Hilden et Ambroise Paré.

Il faut arriver au mémoire de Levret (1749) pour lire une description d'ensemble des fibromes. Mais l'obstétrique était alors encore dans l'enfance, et les recherches de Simon, l'opération de Michelacci, les observations de Chaussier, Béclard, Mme Lachapelle, Boivin et Dugès, Deneux, d'Outrepont, les articles de Macaulay et Kelly sur l'avortement provoqué, l'anathème de Baudelocque et de son école, la réponse d'Ashwell, l'étude si remarquable de Cruveilhier, enfin la polémique célèbre de la Société de chirurgie (1868-1869) à laquelle prirent une part parfois violente Guéniot, Depaul, Blot, Tarnier, Nélaton, sont des indications de la question.

Mais il faut reconnaître que Porro — en décrivant son opération restée classique — et surtout Lister — en inventant l'antisepsie et, par conséquent, en diminuant d'une façon très notable les chances d'infection et de mort — sont les deux noms qui doivent être en tête de ce travail, car c'est grâce à eux surtout évidemment que l'on a osé secourir les femmes enceintes atteintes de fibromes, que l'on a essayé de les sauver par une opération systématiquement pratiquée.

Depuis lors, les travaux se sont accumulés sur cette question. On trouvera, à la fin de notre travail, les principales indications bibliographiques ; mais, dès maintenant, nous nous plaisons à citer la thèse d'agrégation de Lefour, celles de Chahbazian, Vautrin, Marquézy, Méheut, Bigex, Turner, Dartigues, les contributions cliniques de Delagénière, de Puech, de Lepage et Mouchotte, des professeurs Pozzi, Segond, Terrier, le manuel de Wallich, enfin et surtout les leçons cliniques et les recherches du professeur Pinard.

Quelle est l'*étiologie* de ces tumeurs ?

Jusqu'ici, jusqu'à la théorie du professeur Pinard que nous exposerons tout à l'heure, on n'a pu trouver pour expliquer leur présence que des raisons banales.

Sans doute Turner, après d'autres auteurs, a constaté que leur fréquence est surtout grande de 30 à 40 ans. Dans certains cas, on a cru pouvoir rattacher leur apparition à des avortements, à des traumatismes abdominaux. Il n'en est pas moins vrai que les fibromes sont beaucoup plus fréquents chez les célibataires que chez les femmes mariées et surtout que chez les multipares.

Aussi le professeur Pinard a-t-il pu, se fondant sur des observations multiples, communiquer à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, la note suivante que nous publions *in extenso* :

« Les causes qui favorisent l'éclosion ou le développement des fibro-myomes de l'utérus sont encore, à l'heure actuelle, assez mal déterminées. D'une part la chasteté longtemps prolongée après la puberté, d'autre part la stérilité ont été admises comme facteurs étiologiques, depuis Bayle, par un certain nombre d'auteurs, mais niées par beaucoup d'autres.

« Aujourd'hui encore, on peut lire dans les traités de gynécologie, les plus autorisés et les plus récents « que la stérilité est

non pas la cause, mais la conséquence des corps fibreux » et que « les fibro-myomes de l'utérus sont beaucoup plus fréquents chez les femmes mariées que chez les célibataires ». Aussi, me paraît-il nécessaire d'étudier ce chapitre, en apportant ici des documents véritablement scientifiques, c'est-à-dire des observations aussi complètes que nombreuses.

« Déjà, j'ai rassemblé les documents et les observations de la clinique Baudelocque relatifs à ce sujet. Ces documents démontrent de la façon la plus nette l'influence de la *stérilité primaire*, et celle non moins puissante et non moins fréquente de la *stérilité secondaire*, si souvent *volontaire*.

« Mais je reconnais qu'il est indispensable, pour entraîner la conviction de tous, d'apporter ici d'autres statistiques comprenant des observations relatant l'histoire des malades au point de vue des fonctions de la reproduction.

« Aussi, je serai très reconnaissant à nos collègues de vouloir bien dorénavant, dans toutes les observations d'utérus fibromateux qu'ils nous apporteront, préciser avec soin, pour chaque cas, l'état de stérilité ou de fertilité. De plus, dans les cas de fertilisation, il me paraît indispensable, non seulement d'indiquer le nombre de gestations, mais encore, de noter avec la chronologie, l'histoire de chaque étape de la fonction de reproduction : gestation, accouchement et allaitement. C'est en procédant ainsi que nous arriverons à connaître et à démontrer, d'une façon irréfutable, les conséquences de la non-observance du rythme harmonieux de la reproduction. »

Quant à la pathogénie, elle est aussi très discutée. On doit signaler les théories de Cohnheim (inclusion de germes embryonnaires dans la trame utérine), de Virchow (métrite myomateuse chronique), de Kleinwächter, de Rœrger (qui mettent en cause les vaisseaux) et enfin celle de Gottschalk qui a cru trouver de véritables parasites.

On a donné à ces néoplasies utérines des noms divers ; nous resterons dans la tradition en les appelant des fibromes.

On sait la fréquence de ces tumeurs ; il est difficile de donner un pourcentage, mais, d'après les travaux de Bayle, Pichard, Pollock, Braune, Chiari, Nonat, on peut dire qu'une femme sur cinq porte un fibrome. Leur fréquence pendant la grossesse est moindre, elle est considérable cependant comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur.

Ces fibromes sont des néoplasmes bénins, à fibres musculaires, à tissu conjonctif et à vascularisation excessive qui peuvent être interstitiels, sous-péritonéaux ou sous-muqueux, et siéger soit au niveau du col, du corps ou de l'isthme de l'utérus. Disons tout de suite qu'au point de vue de l'intervention qui surtout nous intéresse ici, à cette dernière classification généralement admise on doit préférer celle de Dartigues qui différencie simplement les fibromes à évolution vaginale et les fibromes à évolution pelvienne ou abdominale.

Mais il sied de nous demander tout d'abord si la grossesse influe d'une façon quelconque sur le développement des fibromes.

Le fait n'est pas douteux. Nous savons en effet avec Doléris, avec Ribemont-Dessaignes et Lepage que l'état de la grossesse peut provoquer une augmentation de volume de ces tumeurs, leur ramollissement souvent et même parfois leur dégénérescence.

Déjà Depaul l'avait constaté en 1868 ; Doléris y est revenu en 1899 et son élève Türner a, dans sa thèse, donné l'explication anatomo-pathologique de ces faits.

Les fibromes sont, comme on sait, des tumeurs bénignes composées de fibres musculaires unies entre elles par du tissu conjonctif et pourvues d'une riche vascularisation ; elles sont lobulées et dans chaque lobule le vaisseau occupe une situation centrale ; c'est autour d'eux que se fait l'hyperplasie des éléments d'une

manière excentrique et assez régulière ; les premiers éléments autour du vaisseau sont de nature conjonctive : faisceaux adultes dans les tumeurs à développement lent ou stationnaire, cellules fusiformes, noyaux arrondis dans celles qui prolifèrent activement. Il résulte de ceci que les fibres musculaires lisses qui primitivement constituaient la masse principale du stroma sont successivement dissociées, éloignées, rejetées à la périphérie par la formation de nouveaux nodules et que finalement la tumeur est surtout formée de cloisons conjonctives.

Dans certains cas, le réticulum conjonctif subit une infiltration plus ou moins accentuée de substance muqueuse qui rappelle l'aspect du myxome, et parfois cette transformation muqueuse est tellement accentuée que l'assimilation avec le myxome vrai a pu être établie avec raison. Dans d'autres observations, Doléris a pu constater un certain degré d'infiltration colloïde.

Nous avons déjà dit que la vascularisation des fibromes de l'utérus gravide est considérable ; les vaisseaux ont des parois très ténues ; il semble, dit Türner, que tiraillées par le poids de la tumeur leurs tuniques se soient amincies très notablement ; de même les lymphatiques sont ectasiés.

On comprend donc pourquoi ces tumeurs peuvent augmenter de volume ; qu'elles soient comprises dans la substance utérine et comprimées périodiquement par les contractions utérines, qu'elles se pédiculisent au contraire et par leur prolapsus ou leur situation déclive qu'elles se congestionnent, le résultat sera le même.

Il y aura tension excessive dans les veines, ectasie des lymphatiques, infiltration colloïde des cellules et du tissu. Les veines s'amincissent, les capillaires cèdent, les lymphatiques dilatés à divers degrés laissent filtrer à travers leurs parois le liquide qui les remplit. La prolifération active qui se produit en même temps sur différents points, a certes un rôle important dans l'hyper-

trophie de ces tumeurs, mais elle paraît due au moins dans une certaine mesure à la vascularisation excessive. On sait d'autre part que les contractions indolores jouent un certain rôle par l'irritation lente et durable qu'elles provoquent et ce qui explique comment l'accroissement de la tumeur se fait dans certains cas d'une façon bien plus manifeste à la fin de la grossesse (Türner).

On comprend facilement qu'au moment de l'accouchement, il ne peut être question par exemple d'une marche galopante des fibromes, mais ce que l'on peut constater et ce que l'on constate fréquemment, c'est qu'un fibrome qui, jusque-là, n'avait que peu ou pas trahi sa présence, peut changer de position sous l'influence des contractions utérines et de l'accommodation et peut devenir ainsi une cause de dystocie ; par contre, siégeant dans l'excavation et paraissant devoir apporter un obstacle à l'accouchement, le fibrome peut subir un mouvement ascensionnel et s'élever dans la cavité abdominale ; c'est un fait banal.

Dans la grande majorité des cas, les suites de couches se passent normalement chez les femmes atteintes d'utérus fibromateux. — L'involution utérine se fait normalement et, en même temps qu'elle, la régression de la tumeur, si la femme allaite, comme nous le verrons dans le dernier chapitre.

Cependant, dans un certain nombre d'observations, on a constaté la suppuration des fibromes. L'étiologie de cette complication est facile à saisir : il existe dans l'utérus un néoplasme dont la vascularisation est compromise et qui peut être facilement envahi par les agents de la suppuration, grâce à la longueur de l'accouchement, aux examens répétés, aux interventions plus ou moins septiques ; il se fait d'abord de l'endométrite septique, puis l'infection se propage aux fibromes et il peut se faire de la septicémie généralisée. Faisons d'ailleurs remarquer ici que suites de couches veut dire aussi bien suites d'accouchement que suites d'avortement et que c'est dans ce dernier cas que la suppuration se produit le plus facilement.

DIVISION DU SUJET

Nous allons étudier successivement dans trois grands chapitres :

1° Les rapports des fibromes avec la grossesse ;

2° Les rapports des fibromes avec l'accouchement ;

3° Les rapports des fibromes avec les suites de couches.

Dans un quatrième chapitre, nous verrons leurs rapports avec l'allaitement et, dans un dernier chapitre, nous résumerons l'enseignement du professeur Pinard.

CHAPITRE PREMIER

FIBROMES ET GROSSESSE

Dans la grande majorité des cas, comme nous le verrons, le fibrome ne gêne en rien ni la fécondation, ni la grossesse.

On admet en effet maintenant, avec le professeur Pinard, que l'utérus fibromateux, fréquent surtout chez les femmes vierges ou stériles ayant dépassé l'âge normal de la fécondation (après 25 ans-30 ans), est aussi apte que l'utérus normal à recevoir le germe et à favoriser le développement du produit de conception.

Cependant la grossesse peut parfois ne pas évoluer normalement.

Tout d'abord, l'ovule, gêné dans sa marche par la masse néoplasique, peut s'arrêter en route, se greffer sur la trompe ou même sur le péritoine (Allport, Harley, Breslau, Conradi, Léopold, Stoltz, Doléris, Dartigues).

La grossesse ensuite peut être interrompue dans les premiers mois et le fibrome paraît être une cause d'avortement ; disons toutefois que c'est là une cause exceptionnellement invoquée dans les statistiques ; de même l'accouchement prématuré peut se produire, mais avec encore moins de fréquence.

Dans certains cas, un fibrome volumineux du fond peut déterminer le prolapsus ou la rétroversion de l'utérus.

Les hémorragies sont, elles aussi, très rares et quand elles existent elles sont presque toujours dues à une insertion vicieuse du placenta qui est vraiment la conséquence la plus fréquente de cet état de l'utérus et qui suffit à expliquer une grande partie des accidents (anémie, avortement ou accouchement prématuré).

Cette fréquence de l'insertion vicieuse du placenta a été signalée par plusieurs auteurs, Nauss, Lefour, Depaul, Doléris ; le professeur Pinard et Lepage y ont particulièrement insisté.

Le placenta peut s'implanter sur la surface du néoplasme recouvert par la muqueuse ; mais il s'insère surtout au niveau du segment inférieur, et nous avons alors toutes les complications de l'insertion basse si nombreuses et parfois si graves

Il nous faut enfin tenir compte du développement plus ou moins considérable de la tumeur et des troubles de compression qu'elle détermine : ce sont là des indications possibles d'une intervention que nous étudierons tout à l'heure.

Symptômes et diagnostic des fibromes pendant la grossesse.

Le fibrome, au cours de la grossesse, peut se traduire par des *hémorragies* (et alors la grossesse au début peut passer inaperçue), par des *pertes blanches* ou plutôt aqueuses, par des *troubles de compression* (constipation, dysurie, œdème bi-malléolaire) ; on peut constater, de plus, des palpitations, de la céphalalgie, de l'albuminurie, des douleurs lombaires, des troubles de l'appétit et du sommeil, des malaises divers et des vomissements, bref tous les malaises sympathiques de la grossesse, avec en plus, dans un certain nombre de cas, des symptômes de réaction péritonéale (tympanisme, douleur spontanée ou réveillée à la palpation).

Mais, il faut le reconnaître, le plus souvent, les fibromes ne donnent lieu à aucun symptôme.

Aussi parfois le diagnostic est difficile.

1° Ou bien on sait qu'il existe un fibrome et il faut diagnostiquer la grossesse.

2° Ou bien on voit la malade pour la première fois et la grossesse est l'état prédominant.

S'il existe deux tumeurs, on cherchera, si l'une ou l'autre se contracte d'une façon périodique et indolore : celle-là est l'utérus gravide dont on appréciera la forme, la consistance et les rapports avec le bassin.

L'autre peut être la vessie distendue par l'urine, une grossesse extra-utérine, un kyste de l'ovaire. On éliminera avec soin ces causes d'erreur, par les commémoratifs, par la situation de la tumeur, par le toucher qui permettra de reconnaître l'indépendance de celle-ci et de l'utérus.

Le palper peut démontrer l'existence de bosselures sur la surface utérine, qui deviennent plus dures, plus tendues au moment des contractions ; ou bien on sent en dehors de la masse arrondie et symétrique du globe utérin quelque chose de surajouté, soit en avant, soit sur les côtés et cette masse supplémentaire est plus ou moins libre et pédiculée, plus ou moins adhérente au corps utérin.

La consistance, la résistance de ces productions conduisent au diagnostic de fibrome sessile ou pédiculé et on tâchera d'en déterminer la situation, la topographie aussi exacte que possible.

Parfois ces masses se trouvent plus ou moins enclavées dans le bassin ; l'examen bimanuel montre leur fixité relative, permet d'explorer leurs deux extrémités abdominale et pelvienne, leurs connexions avec le corps ou l'isthme de l'utérus : ce sont des masses fibreuses incluses dans le ligament large.

On peut quelquefois se méprendre sur la nature même de cette masse néoplasique contenue dans le ligament et méconnaître l'existence d'un sarcome, d'un gros kyste, d'un hémato-salpynx, d'un fibrome de la paroi abdominale.

Les fibromes de la paroi postérieure échappent souvent à nos

moyens de diagnostic et leur présence n'est souvent reconnue qu'au moment de l'accouchement.

Dans quelques cas, la môle hydatiforme, en infiltrant les parois de l'utérus, donne lieu à une série de bosselures qui en imposent pour un utérus fibromateux (Gérard-Marchant et Türner).

D'autres fois, toute la masse est dure, pleine de nodosités et de bosselures, et la grossesse est méconnue.

Enfin la grossesse peut être évidente ; on a constaté les mouvements actifs et passifs et les battements du cœur du fœtus et on ne sait si on a affaire à une grossesse gémellaire ou à un utérus gravide fibromateux ; la constatation des deux foyers de battements à rythme différent et n'ayant aucun rapport par leur fréquence avec le pouls de la mère permettra de trancher le diagnostic.

Mais il faut bien savoir que si, dans quelques cas, les signes fonctionnels sont accusés, le plus souvent ils sont nuls et les signes physiques sont les seuls que l'on peut constater.

Complications déterminées par les fibromes au cours de la grossesse.

Nous tenons à répéter que, le plus souvent, la grossesse compliquée de fibrome évolue simplement et sans incident.

Mais nous avons laissé entrevoir, au chapitre précédent, la possibilité de certains symptômes qui, exagérés, deviennent de véritables complications, tels sont l'hémorragie et l'insertion vicieuse du placenta, les phénomènes d'enclavement et de compression organique, l'excès de volume, la réaction péritonéale et et la production d'adhérences, la torsion, la dégénérescence et les complications septiques.

Ce sont ces différentes complications, très rares, nous le savons

déjà, qui justifieront et seules justifieront l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse.

Ces interventions, suivant le *volume*, le *siège* (segment inférieur, col ou corps), la *forme* (fibrome pédiculé ou sessile), l'*intensité des complications*, seront *conservatrices* ou *mutilatrices*, consistant dans le premier cas en une *myomectomie simple* (par voie vaginale ou par voie abdominale) ;

Dans le deuxième cas, en une *ablation de l'utérus gravide atteint de fibrome* (par voie vaginale ou par voie abdominale).

Opérations conservatrices.

a) Polypectomie vaginale.

C'est Levret, en 1749, qui, le premier, a parlé de cette intervention. Depuis cette époque, on en trouve de nombreux exemples ; citons les cas d'Oldham, de Chabhazian, de Merriman, de Larcher, Lever, Evans, Felsenreich, Thunim, etc...

La plupart de ces observations notent que la grossesse continua normalement et que l'accouchement eut lieu à terme : ceci n'a rien d'étonnant, étant donné la bénignité et la simplicité de cette opération.

Les indications en sont précises :

Si en examinant une femme enceinte on découvre un polype fibreux faisant saillie au niveau de l'orifice externe, on l'enlèvera purement et simplement, surtout si un avortement a été causé antérieurement par sa présence. Les suites de cette intervention sont simples, comme nous l'avons vu.

b) Myomectomie vaginale.

Cette opération a été tentée plusieurs fois avec plein succès.

Déjà en 1836, Hauck l'avait pratiquée ; Danyau, Ogden, Mayo

Robson, Vautrin, Fraipont, etc..., ont énucléé ainsi des fibromes parfois volumineux, par la voie vaginale.

Si on a affaire à une tumeur petite ou moyenne des lèvres du col ou saillant dans le canal cervical, on n'interviendra que s'il y a des hémorragies répétées, des douleurs vives, des phénomènes de compression et un accroissement de volume rapide.

De même si on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse, on pratiquera cette intervention lorsque des hémorragies incessantes détermineront une anémie inquiétante, et parfois alors la question se posera de savoir si on va intervenir d'une manière plus radicale, par l'hystérectomie vaginale par exemple. On ne fera celle-ci bien entendu que si l'on a la main forcée.

c) Polypectomie abdominale.

L'ablation des polypes utérins abdominaux est chose facile : Turner, dans sa thèse de 1900, en rapporte 77 cas ; Dartigues a complété cette liste ; ces interventions ont donc été souvent pratiquées, et avec le plus grand succès ; les observations les plus typiques sont celles de Thornton, d'Hegar, de Studgaard, de Barnes, de Mayer, d'Engström, de Fleischlen, de Pestalozza, de Croom, de Duplay, de Delbet, de Pozzi, de Mackenrodt, de Vautrin, etc... En 1887, Olshausen a même fait paraître une statistique de 28 cas où il y eut un résultat très favorable et pour la mère et pour l'enfant dans 21 observations, et il faut remarquer que cette statistique comprend des observations déjà très anciennes.

C'est donc une opération encore simple, facile, qui est indiquée lorsque la femme enceinte de 3 à 4 mois présente un polype abdominal déjà gros (volume du poing) qui paraît s'accroître rapidement, déterminer de la réaction péritonéale et mener la femme à l'avortement ou bien à tordre son pédicule.

d) Myomectomie abdominale.

Cette intervention plus grave, souvent difficile, a été tentée avec succès de nombreuses fois.

Nous donnons ci-après le tableau de Pozzi qui résume les énucléations par voie abdominale de 1874 à 1894, celui de Turner, qui va jusqu'à 1900 et quelques observations que nous avons pu trouver dans la littérature et recueillir personnellement. Nous ajouterons à cette statistique les 5 cas de myomectomie dans les cas de torsion de fibrome que nous donnons dans un tableau spécial.

On verra que sur 68 cas de myomectomie abdominale au cours de la grossesse, nous n'avons que 9 morts, soit 13 0/0 environ et 59 guérisons de la mère, avec 45 accouchements à terme ou tout à fait près du terme, ce qui est une proportion considérable.

TABLEAU I. — **Myomectomie simple : l'Utérus est respecté.**

AUTEURS.	DATE DE L'OPÉRATION OU DE LA PUBLICATION.	ÉPOQUE DE LA GROSSESSE	ÉTAT ANATOMIQUE.	RÉSULTAT.
1. **Péan** . . .	15 déc. 1874. *Clin. chir.*, t. I, p. 679.	5 mois	Tumeur fibro-kystique.	Guérison. Avortement le lendemain de l'opération.
2. **Thornton**.	4 juin 1879 *Obstetr. Trans.*	7 mois	Tumeur pédiculée.	Mort le 7e jour.
3. **Schroder** .	16 nov. 1879 (cité par HEGAR, *loc. cit.*).	16 semaines	Tumeurs pédiculées multiples.	Guérison. Accouchement normal.
4. **Hegar**. . .	10 janvier 1880 *Operative Gynäk.*, 3e édition, p. 475.	3 mois	Tumeur pédiculée ramollie. Péritonite.	Mort le 3e jour.
5. **Studgaard**	19 déc. 1882 (cité par HEGAR, *loc. cit.*).	3 mois 1/2	Tumeur pédiculée.	Guérison. Grossesse non troublée.
6. **Frommel** .	*Münch. med. Woch.*, 1882, n° 52.	5 mois	Fibrome mou, gros comme une tête de fœtus. Signes de péritonite.	Guérison. La grossesse continue.
7. **Martin**. . .	*Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 3, p. 39.	6 mois	Myomectomie avec excision, cunéiforme du fond de l'utérus seulement.	Mort le 7e jour d'hémorragie, suite de l'avortement.
8. **Landau**. .	*Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 13, p. 195.	3 mois	Myome de la grosseur d'une tête d'enfant à droite, de la grosseur d'un œuf à gauche.	Guérison. Accouchement normal.
9. **Ogden** . .	*Canad. Practit.*, avril 1885 (cité par VANDER VEER. *Amer. J. of Obst.*, 1889, t. XXII, p. 1138).	non indiqué	Myome interstitiel enlevé par énucléation. Grossesse non diagnostiquée.	Guérison. Avortement douze jours plus tard.
10. **Barnes**. .	1885 (cité par ROUTIER. *Ann. Gyn.*, mars 1890).	3 mois	Myome pédiculé.	Mort.
11. **Martin** . .	*Ibid.*	4 mois	Grosse tumeur face antérieure et autre petite tumeur.	Guérison. Avortement le lendemain.
12. **Martin** . .	*Ibid.*	3 mois 1/2	Tumeur du fond de l'utérus à large pédicule.	Accouchement à terme. Guérison.
13. **Gordon** .	*Boston med. Journ.*, oct. 1889.	3 mois	Fibrome.	Guérison, la grossesse continue.
14. **Routier**. .	*Bull. Soc. chir.*, nov. 1889.	3 mois	Myome sous-séreux à large base.	Guérison.
15. **Homann** .	*Boston Sor. for med.* improv. in *Bull. méd.*, 30 déc. 1889.	3 mois	Fibrome du poids de 15 livres.	Avortement. Guérison.
16. **A Berger**	*Hygiea*, 1889, Bd. LI, n° 5, p. 292.	4 mois	Deux tumeurs, la plus grosse du volume des deux poings. Enucléation.	Guérison. Accouchement normal.
17. **Frommel**.	*Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1894, p. 325.	6 mois	Myome interstitiel enlevé par énucléation.	Mort le 3e jour d'hémorragie.
18. **Flaischlen.**	*Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 182.	3 mois	Myome pédiculé.	Guérison. Accouchement à terme.
19. **Rosner**. .	*Przegkad Lekarski*, 1892, n° 39-41.	?	Myome interstitiel. Enucléation.	Guérison. Avortement.
20. **Strauch** .	*St-Peters. med. woch.*, 1892, n° 10.	4 mois	Myome interstitiel. Enucléation.	Guérison. La grossesse continue.

Myomectomie simple : l'utérus est respecté (*suite*).

Auteurs	Date de l'opération ou de la publication	Epoque de la grossesse	Etat anatomique	Résultat
21. **Frommel.**	*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 24.	?	Fibrome du ligament large. Enucléation.	Guérison. La grossesse continue.
22. »	*Ibid.*	?	Fibrome pédiculé.	»
23. **Mackenrodt.**	*Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 211.	3 mois	Fibrome pédiculé.	Guérison. La grossesse continue.
24. **Hedenburg et Packard.**	1890 *New. Engl. med. Gaz.*, XXV, p. 306.	3 mois	Myome sous-séreux. vives douleurs.	Guérison, accouch. terme.
25. **Engstrom.**	1890 in : *Finska la k. Sallsk Handl.*, 1898, XL, p. 1017.	3 mois	Gros pédicule.	Mort.
26. **Fleischlen.**	1890 *Centralb. für Gyn.*, XVI, 185.	3 mois	2 fibromes pédic.	Guérison.
27. **Prof. Terrier.**	1891 in Thèse Zaborowski, 1891, n° 232.	4 mois 1/2	3.500 gr.	Guérison, accouch. terme.
28. **Léopold.**	1891 in *Amer. J. of Obstetrics*, mai 1895.	6 mois	Myome interstitiel.	—
29. **Hasden.**	1891 *Trans. Am. Obst. soc.*, XII.	4 mois	—	—
30. **Frommel.**	1891 *Verh. der D. Gesell. für Gyn.*, IV, 325.	6 mois	Myomes nombreux.	Mort le 6e jour, hémorragie.
31. **Rosthorn.**	1892 in. *C. R. Soc. Méd. All. de Prague.*	3 mois 1/2	4.750 gr.	Guérison.
32. —	*id*	3 mois	Tumeur sur corne gauche, péritonite.	—
33. **Taylor.**	1892 *Amer. Gyn. and Ped.*, VI, 92-95.	4 mois	1.850 gr.	Avortement gémellaire.
34. **Kelly.**	1892 in *John Hopkins H. B.*, vol. 80.	3 mois	Grosseur d'un œuf.	Accouch. terme.
35. **Price.**	1892 *Trans. Coll. Phys.*, Phila., III.	5 mois	Grosseur de tête de fœtus.	—
36. **Croom.**	1892 *Edinb. Méd. J.*, octobre.	2 mois 1/2	id.	Accouch. 8 1/2.
37. **Croom.**	1892. *Edinb. Med. J.*, octobre.	2 mois	Grosse tumeur.	Mort, aortite chronique.
38. —	*id*	5 mois	Grosse tumeur péd., noix de coco.	Guér., accouch. terme.
39. **Delbet.**	1892 *Arch. gén. de méd.*, 1892, p. 209.	4 mois 1/2	Fibrome sous-périt., adhérent à paroi.	—
40. **Kelly.**	*loc. cit.*	4 mois	Orange.	—
41. **Guinard.**	1893 *Cong. de chir.*, 7e session, 7 avril.	3 mois	Grosseur de tête de fœtus ; dans ligament large.	—
42. **Vautrin.**	1893 *Cong. de Chir.*, 7e sess., 4 avril.	4 mois	—	—

Myomectomie simple : l'utérus est respecté (*suite*)

Auteur	Date de l'opération ou de la publication	Age de la grossesse	Etat anatomique	Résultats
43. Lœhlein.	1893 *Deutsch. Med. Woch.*, 1134.	2 mois	Fibrome kystique dégénéré.	Avortement.
44. Lundsgaard.	1893 *Gyn. ok Obst.* Mad., X, p. 3, p. 187.	2 mois	Grosseur de 2 poings.	Accouch. à terme.
45. Treub.	1894 *Arch. de Tocol.*, XXI, p. 806.	1 mois 1/2	—	8 1/2.
46. Becking.	1893 in Treub., *loc. cit.*	5 mois	Vol. 2 poings ; douleurs.	7 1/2.
47. Stavely.	1894 *N. J. J. Gyn.*, IV, 667.	—	—	—
48. Engstrœm.	*loc. cit.*	3 mois 1/2	—	Accouch. terme.
49. Everke.	1894 *Centralb. für Gyn.*, nº 24.	—	—	Avortement 4 semaines après.
50. Everke.	*id*	—	—	Accouch. terme.
51. Murphy.	1895 *Int. Med. Magaz.*, 1896, V, 17,	3 mois	3 kilogs.	—
52. Engstrœm.	*loc. cit.*	5 mois	—	—
53. Cheney.	1896 *Amer. J. of Obstet.*, XXXV, 265.	—	—	Accouch. 7 1/2.
54. Engstrœm.	*loc. cit.*	3 mois	—	Avortement.
55. Wallace.	1897 *Brit. Med. J.*, 1898, p. 1131.	2 mois	Calcifié, 2 fibr. sous-séreux.	—
56. Engstrœm.	*loc. cit.*	5 mois	—	—
57. Smith.	1898 *Montreal Med. J.*, XXVII, 386.	2 mois 1/2	Masses nodulaires.	Accouch. terme.
58. Downes.	1898 *Amer. J. of Gyn.*, XIII, 383.	2 mois 1/2	10 fibromes sous-séreux.	Avortement.
59. O'Shea.	1899 *Bost. Med. and Surg. J.*, CXL, 139.	5 mois	Orange.	Accouch. terme.
60. Delagénière.	1900 *Congr. de Chir.*, octobre.	2 mois 1/2	Tête de fœtus.	Mort.
61. Solowieff.	1899 *Ann. de gyn.*, p. 409.	6 mois	Grosse tumeur.	Guérison, accouch. normal.
62. Berthomier.	1901 *Cong. de chir.*, 25 octobre.	2 mois	Vomissements. Grosse tumeur.	Guérison, accouch. normal.
63. Doran.	1905 *J. of Obst., and Gyn.*, nov. 1905, p. 297.	2 mois	Situation intrapelvienne profonde.	Guérison, accouch. normal.
64. Dayot et Hardouin.	1907 *Soc. d'Obst., gyn. et péd.*, 13 mai.	4 mois	Fibrome enclavé.	Guérison, accouch. normal.

Voyons maintenant les choses d'un peu plus près et faisons une étude analytique.

Les travaux de Strotz, Hoffmeier, Pujol, Thompson, Pozzi, Martin, Olshausen, Doran, Swibel, Turner, Dartigues, etc... vont nous le permettre.

On intervient, nous avons dit, à cause du volume de la tumeur, de la réaction péritonéale, de l'accroissement rapide de la tumeur, des phénomènes de compression, de la torsion du pédicule, des hémorragies, de la rétroversion de l'utérus fibromateux, des accidents septiques ou bien encore à cause d'une erreur de diagnostic.

Volume de la tumeur et masses multiples. — La tumeur est généralement *grosse* ; elle varie de la grosseur d'un poing à celle d'une tête de fœtus ; lorsque le poids est noté on trouve 875 grammes (Delagénière), 3500 (Terrier), 3 kilogrammes (Murphy), 4750 grammes (Rosthorn), 15 livres (Homann) et nous devons citer aussi le cas de Martin qui fit une myomectomie, au deuxième mois de la grossesse, pour un fibrome gros comme deux poings d'adulte.

Nous donnons ici l'observation du professeur Terrier.

Dans un certain nombre d'observations, les tumeurs sont *multiples* : nous trouvons les cas de Schröder (multiples), Landau (2), Martin (2), Berger (2), Fleischen (2), Frommel (nombreux), Wallace (2) et un exemple particulièrement curieux celui de Downes qui énuclée 11 fibromes sur le même utérus gravide de 2 mois 1/2.

Obs. I. — Prof. Terrier (in Thèse de Stanislas Zaborowski, 18 juin 1891. *Quelques cas d'ablation de fibromes utérin pendant la grossesse*).

Mme C..., journalière, âgée de 33 ans. Menstruation à 19 ans, toujours régulière et sans douleurs.

Mariée à 23 ans, mari bien portant.

Pas d'antécédents personnels, ni dans la famille.

Les règles durent quatre jours ; leucorrhée pendant les deux jours qui précèdent les règles.

En juin 1890 la malade fut réglée pour la dernière fois. A cette époque elle sentit pour la première fois une « boule » dans le bas-ventre du côté gauche. La tumeur avait alors, d'après la malade, le volume d'un œuf. Au mois de juillet, la tumeur a grossi considérablement et la malade se plaint de douleurs dans le ventre. Nausées, vomissements bilieux ; on examine la malade le 3 novembre 1890.

Pas de varices, ni d'œdème aux jambes.

Le ventre est irrégulièrement développé.

Circonférence ombilicale : 106 centimètres.

Distance : appendice xiphoïde. Ombilic : 25 centimètres.

» ombilic. Pubis : 17 cm.1/2.

» ombilic. Epine iliaque supérieure gauche : 24 cm. 1/2.

» ombilic. Epine iliaque supérieure droite : 22 centimètres.

On observe une saillie transversale sus-ombilicale avec point culminant à droite de la ligne médiane, une autre saillie moins accentuée au niveau de la fosse iliaque gauche.

La ligne blanche fortement pigmentée, déviée avec concavité droite.

Les aréoles des seins pigmentées. Quelques tubercules de Montgomery.

Au palper. — On sent au-dessus de l'ombilic une tumeur qui part du flanc droit et s'étend à 4 ou 5 travers de doigt au delà de la ligne médiane.

La tumeur est mobile,dure et lisse. On ne constate pas d'adhérences.

Matité absolue à son niveau : est séparée du foie par une zone de sonorité.

La tumeur descend très bas dans la fosse iliaque droite.

Dans la fosse iliaque gauche on sent une autre tumeur grosse comme la tête d'un enfant de trois mois.

Au toucher. — Col mou, mobile et entr'ouvert ; est situé très haut et appuyé à gauche contre le pubis. Battements vasculaires.

En appuyant sur le ventre on constate que la tumeur molle située dans la fosse iliaque gauche participe aux mouvements imprimés au col. La grosse tumeur dure paraît indépendante.

La malade se porte bien.

Le 13 *décembre* 1890 :

Circonférence ombilicale : 110 centimètres.

Distance : appendice xiphoïde. Ombilic : 27 centimètres.

» ombilic. Pubis : 44 centimètres.

» ombilic. Epine iliaque supérieure gauche : 24 centimètres.

» ombilic. Epine iliaque supérieure droite : 22 centimètres.

Le poids de la malade augmenta pendant son séjour à l'hôpital de 6 kilogr.

Les urines sont toujours restées normales.

Le 18 novembre 1890 : *Ablation d'un gros fibrome* (3.500 gr.) *pédiculé chez une femme enceinte de 4 mois et demi. Opération faite par M. Terrier à Bichat. La grossesse continue.*

Incision sur la ligne médiane longue de 26 à 27 centimètres.

On détache les adhérences qui unissent l'épiploon à la tumeur et qui saignent abondamment ; on énuclée le fibrome du ventre et un lien élastique est placé sur le pédicule large de 3 à 4 centimètres de diamètre.

La bande élastique est serrée avec l'appareil de Marchand. Puis on sectionne le pédicule au-dessus du lien élastique, après avoir passé un double fil croisé qu'on noue. Le lien de caoutchouc est enlevé.

Outre la grande tumeur on enlève un autre petit fibrome pédiculé, après l'avoir lié avec deux fils croisés. Un troisième est laissé intact. Après la toilette on resèque l'épiploon entre deux pinces. On y pose 4 ligatures croisées deux à deux et plusieurs autres isolées.

Comme il y avait un peu d'ascite, toilette nouvelle de la cavité abdominale. Suture de la paroi en trois plans. Durée de l'opération 50 minutes.

La tumeur enlevée est un fibrome multilobulaire pesant 3 kil. 500.

Le pédicule mesurait 4 centimètres en diamètre.

Les suites de l'opération furent excellentes. La malade urine seule dès le premier jour. La température qui atteint 38° les deux premiers jours, descend ensuite à la normale.

Le 23 novembre, 6 jours après l'opération, la malade se plaint de douleurs dans la jambe droite ; la température remonte ce jour-là à 38°

Les jours suivants la température baisse, mais la malade souffre toujours de sa jambe. Le membre est plus gros que celui du côté opposé et on y trouve un peu d'œdème et d'induration sur le trajet de la saphène interne.

La température de la jambe malade est supérieure à celle de la jambe saine d'un degré. Cet état se maintient pendant 48 heures. A partir de cette époque les symptômes de la phlébite vont en s'atténuant et le 30 novembre elle ne souffre plus et remue facilement le membre. On y constate cependant un peu d'induration au niveau de la partie inférieure de la saphène interne.

Le 14 décembre la malade quitte le service complètement guérie.

Le 16 février 1891, l'opérée entre à la clinique d'accouchement dans le service de M. Pinard.

Le 3 mars, la tête est engagée et l'on entend très bien le bruit du cœur fœtal à droite et au-dessus de l'ombilic.

Au palper on retrouve le petit fibrome laissé en place pendant l'opération.

Il semble augmenté de volume, depuis cette époque. Il est gros comme une mandarine.

Le 4 mars, accouchement idéal à tous les points de vue.

Durée du travail 70 minutes.

L'enfant, un garçon vivant et bien constitué, pèse 2.960 grammes.

Le placenta pèse 620 grammes.

L'utérus rétracté, on sent un autre petit fibrome sur le fond de l'organe.

Postpartum normal, température maxima, 38° 1.

Le 16 mars 1891 la mère et l'enfant quittent le service.

Aujourd'hui 15 mai, ils sont tous les deux bien portants.

Réaction péritonéale. — Il est absolument évident que la *réaction péritonéale persistante* doit imposer l'intervention.

Le péritoine se distend, s'irrite et l'on voit survenir des phénomènes de péritonisme, de la sensibilité abdominale, des douleurs névralgiques ; parfois un peu d'ascite ; pour peu que cet état se prolonge, la malade se cachectise et son état peut devenir alarmant ; parfois même il y a de véritables poussées de péritonite. Le fait est noté, d'après Türner, dans un grand nombre d'observations. Nous pouvons citer les observations de Frommel, où le volume de la tumeur était particulièrement considérable, de

Delbet, de Becking, de Delagénière, d'Hegar et de Rosthorn ; et nous donnons ci-après l'observation récente de Berthomier.

Obs. II. — André Berthomier, *De la nécessité d'interventionner les gros fibromes au début de la grossesse* (*Congrès français de chirurgie* 1901. — Séance du 25 octobre (matin), p. 638-641).

Belin, femme Dup..., 35 ans.

Cette femme de taille moyenne, de belle santé apparente, mariée depuis dix ans,n'a jamais eu de grossesse. Elle est réglée irrégulièrement, mais n'a jamais eu de métrorragies. Je la vis pour la première fois, il y a trois ans environ, pour un fibrome déjà très volumineux qu'en raison de son âge je lui conseillai de faire enlever. Je ne l'avais pas revue, mais elle avait beaucoup consulté ; les avis n'avaient pas varié, néanmoins elle avait continué de faire la sourde oreille.

A la fin de janvier dernier, elle revient bien décidée à se laisser interventionner sans le moindre délai. Depuis trois semaines elle éprouve dans toute la zone ombilicale et péri-ombilicale une sensation de gêne et de malaises qui ne font que s'accentuer tous les jours. Elle a un *retard* de deux mois, mais ne croit pas à une grossesse.

A l'exploration, on trouve une volumineuse tumeur allongée de l'appendice xiphoïde au pubis, dure, bosselée, à peu près immobile. Au toucher bimanuel, l'utérus paraît indépendant de la tumeur ; il y a toutes les apparences d'une grossesse de deux mois et demi à trois mois. Vomissements gravidiques.

Dans ces circonstances je n'hésite pas à accéder aux désirs de la malade et l'opération est pratiquée le 24 janvier 1901, avec l'assistance des Drs Dujon, chirurgien-adjoint, Bruel, Rossignot, du Chatelet, médecin-major.

Narcose à l'éther.

Incision menée de l'appendice xiphoïde au pubis.Le péritoine ouvert, nous trouvons un énorme fibrome présentant les dispositions suivantes : il est irrégulier, bosselé et allongé dans le sens de l'axe du corps ; l'épiploon, très adhérent, le recouvre entièrement ; toutes les veines épiploïques sont dilatées à l'extrême, les plus petites offrant le volume du pouce ; on dirait un immense placenta. Les côlons, ascendant, transverse et descendant limitent et contournent la tumeur à laquelle ils paraissent adhérer intimement . A la région épigastrique,le côlon trans-

verse est coudé et complètement aplati par l'extrémité supérieure très saillante du fibrome : aspect peu encourageant.

Pendant que mon assistant, le Dr Dujon, comprime latéralement les parois de l'abdomen, j'essaye de pratiquer l'éviscération de toute la masse ; car il ne faut pas songer à un morcellement. La manœuvre très laborieuse, aboutit enfin. Vingt-deux pinces-clamps circonscrivent toute la tumeur avec l'épiploon, depuis et y compris l'appendice jusqu'à l'S iliaque ; libérée sur ses côtés, elle est attirée en avant pour sectionner les adhérences qui relient sa face postérieure au mésentère. Il ne reste plus qu'un pédicule de moyen volume s'insérant sur le fond de l'utérus que l'on commence à apercevoir blotti dans le petit bassin. Toute une série de ligatures en chaîne assurent l'hémostase sur le trajet des côlons ; mais en essayant de libérer le pédicule, tout le fond de l'utérus est enlevé d'une corne à l'autre. Hémorragie inquiétante.

Pendant que mon assistant soulève et comprime légèrement l'utérus, je pratique une première série de sutures profondes, suivie d'une autre série de sutures superficielles. Heureusement nous obtenons une hémostase relative. Deux autres petits fibromes situés à la face postérieure de l'utérus sont ligaturés et enlevés, poids total 9 kilogrammes.

Je referme enfin le ventre, après avoir disposé sur les sutures qui remplaçaient le fond de l'utérus, un gros drain entouré d'un Mikulicz. En cas d'avortement, je n'étais pas sans inquiétude sur le chemin que prendrait l'embryon.

Opterait-il pour la voie vaginale ou pour la voie abdominale ? Nous en fûmes pour nos craintes. L'opération avait duré près de trois heures.

Injection de 2 litres de sérum, pas de schok.

Injections de morphine pour empêcher les contractions utérines.

Le 25, matin, T. 37° 4, pouls 68 ; soir, T. 37° 6, pouls 68.

Le 26, matin, T. 37° 6, pouls 70 ; soir, T. 37° 7, pouls 70.

Je vous fais grâce du reste ; la guérison a eu lieu sans encombre. Deux seules choses à noter : les injections de morphine furent continuées pendant huit jours et les vomissements gravidiques persistèrent jusqu'au vingtième jour.

La malade quitta l'hôpital en bonne posture le 21 février, c'est-à-dire 28 jours après l'intervention.

La grossesse a suivi son cours normal. Au huitième mois, il est survenu de l'albuminurie, — n'oublions pas que c'était une primipare. Cette

complication fut favorablement influencée par le régime lacté. L'accouchement a eu lieu à terme, sans incidents, le 22 juillet, soit exactement six mois après l'intervention.

J'ai revu la patiente il y a quinze jours, elle va très bien, n'a plus d'albuminurie et n'a pas d'éventration. Le toucher vaginal indique un utérus encore un peu gros et en rétro-déviation légère.

En résumé, il me paraît évident que si l'on s'était borné à l'expectation, nous aurions observé à très brève échéance ou :

1° De l'occlusion intestinale avec intervention obligatoire dans de très mauvaises conditions, ou :

2° Une rupture des lacs veineux épiploïques avec hémorragie abdominale foudroyante, comparable aux accidents de ruptures dans les grossesses ectopiques.

Parallèlement à cette observation, j'ai eu l'occasion de donner des soins durant toute sa grossesse à une multipare de trente-six ans, atteinte de fibromes de petit volume paraissant inclus dans le ligament large droit.

Du troisième au septième mois, ces fibromes ont déterminé toute une série d'accidents se présentant toujours de la façon suivante : douleurs très vives dans toute la fosse iliaque droite, augmentation rapide du volume des tumeurs, vomissements. Au bout de deux ou trois jours, les symptômes, douleur et tuméfaction, diminuaient peu à peu pour faire place à une période d'accalmie de douze à quinze jours.

A la première crise, pensant à une torsion du pédicule j'avais tout fait préparer pour une laparotomie immédiate ; mais la malade ne voulant accepter l'intervention qu'en cas d'extrême urgence, nous dûmes nous borner à l'expectation dite armée.

A partir du septième mois, plus de crises, l'accouchement a eu lieu à terme sans incidents, ne laissant en fait de suites que le souvenir d'une grossesse très orageuse. Néanmoins je crois qu'il eût été plus prudent d'intervenir.

Accroissement rapide. — De même lorsque la tumeur a pu être suivie dans son évolution et qu'on la voit *augmenter sensiblement et rapidement de volume* dans les deuxième, troisième ou quatrième mois de la grossesse, on doit l'extirper, il serait en effet

très dangereux de la laisser ainsi augmenter de volume jusqu'au sixième mois, époque où l'opération est plus difficile et où sont plus grandes les chances d'avortement.

On peut rapprocher de ces faits le phénomène signalé par Pozzi sous le nom de marche galopante des fibromes. « La malade, dit-il, meurt, non pas tant de l'hémorragie qui domine la scène, que du développement exagéré de la masse morbide et des phénomènes de compression et de dénutrition qui en résultent. »

Pour Schwartz, ce phénomène serait causé par la dégénérescence kystique des fibromes et nous avons vu à ce sujet l'opinion de Doléris. On sait en effet qu'au cours de la grossesse, les fibromes ont les meilleures raisons pour augmenter de volume rapidement.

On doit, dans ces conditions, et cela se comprend facilement, les considérer comme de véritables *tumeurs malignes*, et les extirper.

C'est la conduite qu'ont tenue, dans des cas semblables, Homann, Sohlein, Delagénière, pour ne citer que les observations où ce symptôme grave est noté ; nous devons ajouter d'ailleurs que, le plus souvent, les chirurgiens, devant cette marche rapide de la tumeur, préfèrent pratiquer d'emblée l'hystérectomie, nous le verrons plus tard.

Troubles de compression. — La fréquence des *troubles de compression* n'est pas si grande qu'on pourrait le croire : Méheut, sur 85 cas, ne les trouve signalés que 3 fois.

Il y a bien à considérer ici deux éléments de compression : un élément permanent, le fibrome, et un élément temporaire, l'utérus gravide.

Il ne faut intervenir que si les accidents deviennent menaçants, par le fait de la constipation et de la rétention d'urine : les troubles urinaires sont les plus fréquents ; la rétention persistante seule indique l'intervention ; de même l'obstruction intestinale avec coprémie.

Tels sont les fibromes à situation intrapelvienne profonde comme celui de Doran que nous donnons ici même, sous forme d'observation résumée et celui de Dayot et Hardouin que nous publions *in extenso*.

Obs. III (résumée). — A. Doran. *J. of. Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1905, p. 297.

Le fait concerne une femme de 28 ans, chez laquelle, à deux mois environ de grossesse, on constata un fibromyome utérin, qu'en raison de sa situation intra-pelvienne profonde, on supposa pouvoir être, à terme, une cause grave de dystocie. A cause de cela, Doran fit, après cæliotomie, l'extirpation de la tumeur dont il sutura la poche, etc. *Les suites opératoires* furent excellentes, et l'accouchement, bien qu'un peu long, se fit à terme et très heureusement.

Obs. IV. — Dayot et Hardouin, *Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 13 mai 1907. — *Enclavement dans le bassin d'un utérus gravide fibromateux. — Myomectomie. — Guérison. — Accouchement à terme.*

X..., âgée de 28 ans, jouit d'une bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à 14 ans, elle a continué à l'être régulièrement tous les mois depuis cette époque. Ses règles sont abondantes, durent une huitaine de jours et semblent avoir un peu augmenté depuis quelques mois. Elle n'a jamais eu de métrorragies.

Mariée il y a six mois elle a eu une suppression de règles au bout de deux mois et a présenté alors tous les petits signes habituels d'une grossesse au début, quelques vomissements, pigmentation et augmentation de volume des seins. Mais bientôt sur ces symptômes de grossesse sont venus se greffer des malaises plus sérieux qui, par leur persistance et leur intensité, ne tardèrent pas à inquiéter la malade et son entourage.

Des douleurs vives dans le bassin, irradiées aux cuisses et aux lombes, accompagnées de fréquents besoins d'uriner, une constipation opiniâtre jointe à un état de dépression et de fatigue extrêmement marqué obligent la malade à venir consulter et à entrer dans une maison de santé en mars 1905.

A l'examen de cette femme nous constatons par le palper que tout le bassin est occupé par une tumeur arrondie, assez régulière, dure, ré-

sistante, immobile à la palpation. Une pression un peut forte détermine de la douleur. Le volume de cette masse est comparable à celui d'une tête de fœtus à terme. Elle fait saillie à deux ou trois travers de doigt au-dessus du détroit supérieur. Matité complète.

Le toucher vaginal permet de constater que le col de l'utérus, très ramolli, est fortement dévié de sa situation normale, refoulé en avant sous la symphyse et notablement abaissé.

En arrière en portant le doigt dans le cul-de-sac postérieur on sent nettement une masse pseudo-élastique donnant une sensation un peu mollasse sous le doigt. Au contraire en avant, nous constatons la présence d'une tumeur volumineuse dure, faisant corps avec l'utérus. Cependant un large sillon de séparation existe en ce point au-dessus du col. Le palper associé au toucher permet d'étudier complètement la lésion et de délimiter ses dimensions, sa forme, ses rapports. On constate ainsi que cette tumeur est complètement immobilisée, enclavée dans le bassin. L'utérus est situé en arrière ; la partie antérieure étant constituée par une masse, en continuité avec l'utérus.

Le diagnostic porté est fibrome de la paroi antérieure de l'utérus compliqué de grossesse et enclavé dans le bassin.

L'état général n'est pas mauvais ; pas d'albumine dans l'urine. En présence des troubles présentés par la malade et devant la certitude d'un avortement précoce si on laisse les choses dans l'état, étant donné d'autre part les dangers auxquels serait exposée la mère du fait de cette fausse couche dans les circonstances actuelles, nous nous décidons à intervenir.

L'opération est pratiquée le surlendemain (M. le professeur Dayot, opérateur et M. Hardouin, chef de clinique comme aide). Laparotomie sous-ombilicale large.

Nous tombons sur la tumeur qui présente bien tous les caractères d'un fibrome utérin, et avec quelques efforts nous arrivons à désenclaver la masse et à l'attirer au dehors. Nous constatons alors que nous sommes en présence d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, du volume des deux poings environ. La tumeur fait absolument corps avec la paroi utérine, formant une saillie semi-cylindrique en avant sans posséder à proprement parler de pédicule.

Nous incisons les couches superficielles de la matrice jusqu'au fibrome, et nous décortiquons aussi rapidement que possible la masse du

néoplasme. Cette dissection conduit jusqu'au niveau de la muqueuse utérine, que nous apercevons flasque sous le doigt au fond de la plaie une fois le fibrome complètement énucléé.

Au moyen de 3 à 4 catguts en U passés profondément de part en part des deux côtés des lèvres de la plaie nous capitonnons sommairement la perte de substance,et un surjet à la partie superficielle assure la péritonisation. Au moment de tout réduire dans le ventre nous constatons que, en désenclavant la masse, un petit fibrome de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant sur le fond de l'utérus, a été arraché, laissant malheureusement une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs très saignante. C'est à grand'peine, et après de nombreux passages de fils que nous pouvons arriver à arrêter en partie l'hémorragie, l'utérus continuant à saigner par les trous faits avec l'aiguille.Aussi, à notre grand regret, sommes-nous obligés de tamponner légèrement le fond de l'utérus avec deux mèches de gaze, puis nous refermons enfin la paroi abdominale sauf en bas pour le passage de nos mèches Dans l'après-midi on donne à la malade un lavement avec 30 gouttes de laudanum.

Le lendemain matin le pansement est refait. Il a été souillé par un liquide noirâtre abondant qui a coulé entre les mèches, montrant bien qu'il s'est produit un suintement intra-péritonéal abondant. On enlève une des mèches.

La malade est fatiguée, déprimée, mais le pouls est bien frappé. Pas de température vingt-quatre heures après ablation de la seconde mèche. La malade se sent mieux, elle n'a aucune douleur dans le ventre, seulement une vague sensation de gêne. Nous insistons pour qu'elle garde une immobilité absolue.

A partir de cette date rien de particulier à signaler, et trois semaines après l'intervention la plaie était complètement cicatrisée. A ce moment, la malade a présenté quelques malaises se traduisant par de la céphalée, un peu de température le soir, des vomissements, et un peu d'albumine.

C'est dans cet état qu'elle a tenu à quitter la maison de santé cinq semaines après son opération pour rentrer chez elle. Après un repos d'une quinzaine de jours ces troubles ont complètement disparu et la malade a continué normalement sa grossesse.

Elle est accouchée à terme d'un enfant du sexe masculin, du poids

de 3 kg. 300. Le travail a été normal. La tête ayant quelques difficultés à franchir le périnée, le médecin présent fit une application de forceps et sortit facilement l'enfant.

Par contre en nous donnant ces détails sur l'accouchement, il ajoutait avoir été obligé de pratiquer une délivrance artificielle et que celle-ci fut particulièrement pénible par suite de l'adhérence extrême du placenta à la paroi utérine.

Les suites de couches ont eu lieu sans incidents. La mère et l'enfant sont actuellement en parfaite santé.

Mais il y a aussi la *compression à distance* : la dyspnée progressive déterminée par le refoulement du diaphragme causé par les grosses tumeurs est symptomatique de la compression du poumon et du surmenage du cœur : c'est là une indication impérieuse, et qui mène souvent aussi à l'hystérectomie.

Torsion. — Les accidents dus à la *torsion* des fibromes pendant la grossesse ont été étudiés dans les thèses de Planque, de Macé, de Berniolle ; il faut en outre citer un travail de Lepage et Mouchotte sur ce sujet.

Les cas sont rares ; nous n'avons pu trouver que 6 observations dans la littérature.

Cinq sont publiés dans le tableau suivant emprunté à Lepage et Mouchotte ; nous y avons ajouté l'observation toute récente de Malherbe et Grosse.

Nous publions *in extenso* celle de Lepage et Mouchotte et celle de Malherbe et Grosse qui sont bien étudiées.

TABLEAU II. — **Fibromes pédiculés tordus au cours de la grossesse.**

AUTEURS et date de l'âge	AGE de la femme	PARITÉ	AGE de la grossesse lors de l'apparition des accidents	DIAGNOSTIC de probabilité qui fut posé	OPÉRATION	PÉDICULE	RÉSULTAT opératoire	MÈRE	GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT
Capple. *Edimb. med. journ.* 1874-1875	?	?	4e mois.	Grossesse et tumeur avec péritonite.	Pas d'intervention chirurgicale. On provoque l'avortement. La femme meurt quelques jours après.	Un fibrome pédiculé, tordu est trouvé à l'autopsie. Pédicule de la grosseur du petit doigt implanté sur la *corne droite*. Torsion d'un tour et demi. Sens de torsion : aiguilles d'une montre.	Pas d'opération chirurgicale. Interruption de la grossesse.	Mort.	Interruption de la grossesse au 4e mois.
Maygrier. 4 janvier 1901.	30 (Age ne figure pas dans l'obs. de Maygrier. — Connu par une lettre personn.)	1	Cours du 7e mois.	Appendicite	Le 3e jour. Fibrome du volume d'une orange. Myomectomie par le Dr Bouilly.	Pédicule très court (fibrome presque sessile). Implanté sur le *bord droit* de l'utérus. Sens de la torsion : a guilles d'une montre (renseignement connu par lettre additionnelle du Dr Maygrier).	Bon.	Guérison.	Continuation de la grossesse. Accouchement spontané, *accidentellement*, prématuré, un mois après l'opération (8 mois 1/2). Enfant vivant.
Routier. 1er août 1901.	26	1	6e mois.	Kyste de l'ovaire tordu.	Fibrome pèse 3.350 gr. Myomectomie par le Dr Routier.	Pédicule implanté sur le segment supérieur *droit* de l'utérus. Sens de la torsion : aiguilles d'une montre.	Embolie le 7e jour.	Mort.	Avortement le 7e jour après l'opération précédant de quelques heures l'embolie mortelle. Enfant mort.
Ribemont-Dessaignes et Grosse. 4 juin 1903.	32	1	4e mois.	Kyste de l'ovaire tordu ou fibrome tordu.	Le 4e jour. Fibrome de 510 gr. Myomectomie par le Dr Ribemont-Dessaignes.	Pédicule du diamètre d'une pièce de deux francs. Implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. Torsion légère. Sens de la torsion ?	Bon.	Guérison.	Continuation de la grossesse. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.
Lepage et Mouchotte 19 avril 1905.	28	1	Au cours des 2e, 3e et 4e mois.	idem.	Le 5e jour de la dernière crise. Fibrome du volume du poing. Myomectomie par le Dr Mouchotte.	Pédicule large et court. Implanté sur la *corne droite*. Torsion légère. Sens de la torsion : aiguilles d'une montre.	; ; ;	Guérison.	Accouchement à terme. Application de forceps. Enfant vivant.
Malherbe et Grosse. 21 mars 1906.	38	II	6 à 7 mois.	fibrome tordu.	Intervention chirurg. Le 19e jour. Fibrome du volume d'une mandarine. Myomectomie.	Pédicule presque sessile. Torsion légère de gauche à droite.	Bon.	Guérison.	Accouchement à terme. Application de forceps Enfant vivant.

Obs. V. — Prof. A. Malherbe et Dr A. Grosse, *Comptes-rendus de la Soc. d'obstétrique, de gynécoloyie et de pædiatrie de Paris*, 14 juin 1907. — *Fibrome à pédicule tordu pendant la grossesse. Ablation du fibrome. Accouchement.*

Mme X...,38 ans, mariée depuis six ans, est enceinte pour la deuxième fois. La première grossesse s'est terminée en décembre 1901 par la naissance de deux enfants jumeaux de sexe différent, élevés au sein par leur mère et une nourrice ; ils sont aujourd'hui vigoureux et bien portants.

Grossesse actuelle.— Les dernières règles datent du 5 ou 9 août 1905.

2 *mars* 1906. — Au cours de son premier examen obstétrical l'un de nous constate la présence sur la ligne médiane et un peu au-dessous de l'ombilic d'un fibrome pédiculé implanté nettement sur la paroi antérieure de l'utérus, mobile, indolore, de forme irrégulière, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs.

10 . — L'un de nous est appelé précipitamment à six heures du soir, près de Mme X... A la suite d'occupations plus actives que de coutume dans les jours précédents et durant lesquelles elle a dû se donner beaucoup de mouvement Mme X... est prise brusquement dans la journée de douleurs abdominales vives localisées à la région ombilicale, au niveau du fibrome. La douleur se calme par le repos, mais elle s'exaspère par les déplacements de la malade. Le fibrome fait sur la ligne médiane une saillie apparente qui soulève la paroi abdominale, il est du volume d'une mandarine, nettement pédiculé et mobile sur l'utérus. Ses mouvements communiqués à la tumeur sont très douloureux. Le ventre est légèrement tendu, il s'agit là surtout d'une action de défense, car le moindre mouvement transmis à la paroi abdominale retentit douloureusement au niveau du fibrome.

Pas de vomissements, pas de température, langue humide.

Traitement. — Compresses chaudes sur l'abdomen,

11 (matin). — La malade a énormément souffert pendant la nuit. Elle se plaint de ressentir au niveau du fibrome une sensation de tortillement, de tiraillement très pénible.

Les douleurs sont exagérées par le moindre mouvement de la malade, la plus légère palpation de l'abdomen. La position la moins douloureuse pour la malade est la position couchée sur l'un des côtés, les

jambes légèrement fléchies. Le décubitus dorsal ne peut être supporté en raison de la pression exercée par les muscles grands droits sur le fibrome sous-ombilical.

La malade présente un aspect fatigué, les traits sont tirés, les yeux cernés. Pas de vomissements, langue humide, T. 36° ; P. 112.

Au toucher vaginal, le col utérin est complètement fermé, aucun écoulement de sang ou de glaires. Le segment inférieur de l'utérus présente une tension plus considérable que normalement, néanmoins il n'y a pas de contractions utérines douloureuses et il ne semble pas y avoir de menaces d'accouchement prématuré.

Traitement. — Compresses chaudes, injection de 1 centigramme de morphine, immobilité absolue au lit.

Le soir, la malade souffre moins, mais cependant elle est agitée anxieuse.

P. 92 ; T. 37° 2. Nouvelle injection de morphine.

12 . — Sensible amélioration. La malade a pu dormir une partie de la nuit. La douleur spontanée a complètement disparu, mais le palper est toujours douloureux au niveau du fibrome sous-ombilical.

La malade commence à pouvoir faire sans douleur quelques mouvements dans son lit. P. 96 ; T. 37° à 4 heures du soir.

13. — La malade va beaucoup mieux ; elle peut se tourner, se remuer dans son lit ; le palper abdominal est indolore, cependant la palpation et la mobilisation du fibrome sont encore pénibles quoique supportables.

15. — Les phénomènes de torsion du pédicule sont complètement calmés, néanmoins la malade garde encore le repos au lit.

Les jours suivants. — Très bon état de santé : cependant la malade est reprise de douleurs dès qu'elle veut marcher et recommencer ses occupations habituelles. Dans ces conditions nous décidons d'intervenir le plus tôt possible.

21. — *Opération.* — Anesthésie partielle à la scopolamine-morphine une heure et demie avant l'opération. L'anesthésie est complétée et entretenue au chloroforme au moment de l'opération.

Laparotomie.— Dans le voisinage du fibrome, on remarque quelques adhérences péritonéales lâches reliant la paroi antérieure de l'utérus à l'épiploon, à la paroi abdominale. Le fibrome, du volume d'une petite mandarine, aplati, presque sessile, est implanté sur l'utérus par un pé-

dicule court et épais. Le pédicule du fibrome a subi un léger mouvement de torsion de gauche à droite en même temps que le tissu utérin sur lequel est implantée la tumeur a subi un véritable étirement qui allonge artificiellement le pédicule. Une collerette péritonéale est circonscrite autour du pédicule du fibrome et la tumeur facilement énucléée, mais la surface d'implantation saigne abondamment en nappe ; le tissu utérin se déchire sous les pinces et sous les fils qu'on essaie de placer sur les vaisseaux les plus importants. L'hémostase n'est obtenue qu'avec peine à l'aide de la compression et d'un capitonnage à la soie de la surface saignante au devant de laquelle on applique l'extrémité inférieure de l'épiploon. Fermeture du ventre par trois plans de suture.

Après l'opération on fit à la malade une injection d'un centigramme de morphine à 3 heures de l'après-midi, et une seconde d'un demi-centigramme à 11 heures du soir. La malade reste assoupie, soumise à l'action de la scopolamine la plus grande partie de l'après-midi.

Suites opératoires. — Les plus simples ; pendant cinq jours on fit quotidiennement à la malade des injections préventives de morphine à dose décroissante. Les fils furent enlevés le neuvième jour ; il n'y eut aucune menace d'avortement, la malade quitta la maison de santé le 4 avril ; la grossesse continua sans encombre jusqu'au terme.

22 *mai.* — *Accouchement.* — Dans la matinée la femme a quelques légères douleurs accompagnées de l'expulsion de glaires. Au toucher on constate un col effacé sans trace de dilatation.

Présentation du sommet en O.I.D.P ; la tête est située à la partie supérieure de l'excavation.

Les douleurs cessent complètement et ne réapparaissent que dans l'après-midi vers 4 heures.

A 4 h. 3/4, douleurs régulières, peu fréquentes et peu intenses. Dilatation de 2 francs. Tête engagée à fond dans l'excavation en O. I. D. P.

A 5 heures, les douleurs deviennent plus fortes et plus rapprochées.

A 5 h. 1/2, rupture spontanée des membranes ; dilatation complète. La femme fait quelques efforts d'expulsion, mais sans aucun résultat utile ; la paroi abdominale, affaiblie par le premier accouchement et relâchée, se laisse distendre à chaque contraction et la tête ne progresse pas.

Voyant que les efforts d'expulsion restent sans effet et ne voulant pas, par crainte d'une éventration consécutive, laisser se distendre la cica-

trice abdominale chez cette femme récemment opérée, nous terminons rapidement par une application de forceps.

L'enfant, du sexe masculin, crie aussitôt sa naissance et pèse 3 310 grammes.

Les suites de couches furent simples ; l'enfant, nourri au sein par la mère, s'élève avec la plus grande facilité. A noter que, le lendemain de sa naissance, on remarqua au niveau des pariétaux l'existence d'un double céphalématome qui disparut progressivement en trois à quatre semaines.

Nous avons revu depuis la mère et l'enfant, ils sont l'un et l'autre en excellente santé.

Chez cette femme, c'est la persistance des phénomènes de torsion beaucoup plus que leur intensité qui nous a déterminés à intervenir. Les accidents aigus se calmèrent en effet facilement sous l'influence des injections de morphine, des enveloppements chauds de l'abdomen, de l'immobilité au lit, mais dès que la malade voulut marcher et reprendre en partie sa vie ordinaire, les phénomènes douloureux réapparurent et elle dut garder le repos jusqu'au moment de l'opération. Dans ces conditions, craignant de voir les accidents se reproduire après une courte accalmie et entraîner à leur suite les contractions prématurées de l'utérus et l'expulsion du fœtus, nous nous décidâmes à intervenir. Nous hésitâmes d'autant moins que le fibrome, petit, superficiel, semblait d'une ablation très facile. Cependant, malgré cette bénignité apparente, l'opération n'a pas été sans quelque difficulté. Si, en effet, la myomectomie elle-même a été d'une exécution facile, il n'en a pas été ainsi de l'hémostase qui a été laborieuse. Malgré le résultat satisfaisant de l'opération on peut donc se demander s'il n'eût pas été plus prudent, étant donné l'état avancé de la grossesse au moment de l'intervention, de maintenir la femme au repos absolu au lit jusqu'à son accouchement, tout en la soumettant à une surveillance rigoureuse. Il est certain, d'autre part, qu'en adoptant l'expectation nous nous exposions à être obligés d'intervenir d'urgence sous la pression d'accidents menaçants et dans des conditions beaucoup moins favorables pour la mère et l'enfant. Aussi nous croyons qu'il est bien difficile de préciser quelle eût été dans le cas présent la conduite de choix, et il faut reconnaître que dans des cas analogues la décision du chirurgien variera beaucoup suivant les circonstances.

Il est à remarquer que dans notre observation les accidents de torsion ont éclaté à une époque avancée de la grossesse, dans le courant du septième mois, et chez une femme enceinte pour la seconde fois. C'est, à notre connaissance, le premier cas de fibrome à pédicule tordu signalé chez une multipare, tous ceux qui ont été publiés jusqu'ici ayant été observés chez des primipares.

Obs. VI. — Lepage et Mouchotte.

Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 1905.

Mme X..., 28 ans, devient grosse pour la première fois en décembre 1904, les dernières règles ayant eu lieu du 2 au 6 décembre, Mme X... est mariée depuis trois ans et s'expose dès cette époque à la fécondation.

Les règles sont apparues à l'âge de 14 ans ; elles ont toujours été régulières, non douloureuses, d'une durée de quatre jours. Elles se sont modifiées quelques mois avant la grossesse : leur abondance était plus grande et elles étaient accompagnées de quelques caillots.

Au début de février 1905, au 2e mois de la grossesse et à l'époque correspondant à la menstruation, des douleurs vives, intermittentes, généralisées à tout le ventre, ayant le caractère de coliques, se manifestèrent subitement sans autre symptôme concomitant. A la consultation de l'hôpital Cochin, où se rendit la malade, on ordonna des lavements laudanisés. Les douleurs disparurent et en dehors des vomissements, qui du reste dataient du commencement de la grossesse, rien d'anormal ne se passa jusqu'au début de mars.

Au début de mars, également à l'époque correspondant à la menstruation, apparurent quelques petites douleurs abdominales, beaucoup moins intenses qu'en février ; mais par contre la malade eut un étourdissement ; il s'en fallut de peu, dit-elle, qu'elle n'eût une véritable syncope. Vers le milieu du mois, elle remarqua que son ventre était soulevé du côté droit par une bosse arrondie, qui s'accrut sensiblement.

Le 3 avril, au retour d'une courte promenade, elle éprouva de nouveau une douleur abdominale intense ; elle dut s'aliter. Cette fois la douleur était nettement localisée à droite, au niveau de la fosse iliaque et de la région sous-ombilicale, douleur toujours intermittente, accrue par la pression et le mouvement, atténuée par l'immobilité de la nuit.

Par moment elle s'exaspérait et s'accompagnait alors d'une hyperesthésie cutanée qui rendait insupportable même le contact des draps. Puis les phénomènes douloureux s'amendèrent et la malade se leva.

Mais le 14 avril, vers 7 heures du matin, quelques minutes après le lever, la douleur subite reparut au niveau de l'ombilic, au niveau de la « bosse » abdominale ; elle fut si violente que la femme poussa un cri et s'affaissa sur une chaise. On coucha la malade de suite. La douleur persista cinq heures sans arrêt. La malade lui attribuait ces caractères : « tantôt en coups d'aiguille, tantôt déchirante, donnant la sensation d'arrachement des entrailles ». Le docteur Viardot prescrivit des lavements laudanisés et le repos absolu. A midi la douleur cessa et le calme se prolongea pendant 24 heures.

Le 15 avril, vers midi, alors que la malade était au lit, une nouvelle crise douloureuse se produisit, encore plus violente que la précédente. Les douleurs se répétèrent toute l'après-midi, séparées par de courtes et rares périodes de répit.

Le docteur Mouchotte appelé vit la malade le soir à 11 heures. Il fit, avec le docteur Viardot, les constatations suivantes :

Le ventre est tendu, douloureux ; la paroi abdominale se défend à droite. La palpation est extrêmement pénible pour la malade. Malgré les difficultés du palper, on peut délimiter à droite de l'utérus gravide (dont le fond est voisin de la ligne ombilicale) une *tumeur arrondie dure et tendue*. Cette tumeur, qui occupe une partie du flanc droit, fait corps avec l'utérus : elle paraît s'insérer sur son bord droit et sur la corne droite.

La douleur excessive que réveille la palpation et l'indocilité de la malade empêchent de faire un examen plus approfondi. Les docteurs Mouchotte et Viardot pensent être en présence d'une torsion de tumeur (kyste ovarique ou fibrome) ou peut-être d'une malformation utérine, une corne très développée renfermant un produit de conception, malformation à évolution assimilable à celle d'une grossesse ectopique. Le toucher ne révèle rien d'anormal. La température n'est pas élevée, mais le pouls bat à 120. Le docteur Mouchotte conseille de pratiquer dès le lendemain matin une laparotomie et de se comporter suivant les circonstances.

Une demi-heure après cet examen, les douleurs cessent complètement. La malade repose. Le lendemain, 16 avril, la difficulté de trouver une

ambulance et la persistance de l'*accalmie* font différer l'opération par l'entourage.

Le 17 *avril*, à 11 heures du matin, la malade est amenée à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur Lepage. Elle n'a pas souffert depuis le 15 avril au soir.

A l'arrivée, M. Lepage constate ce qui suit :

Le ventre est assez tendu, un peu volumineux et irrégulier. Du côté droit, au niveau et au-dessous de l'ombilic, la paroi abdominale est soulevée en une saillie arrondie. Au palper, on délimite, sur la ligne médiane et à gauche, l'utérus gravide dont le fond remonte à 15 centimètres au-dessus de la symphyse ; à la droite de l'utérus, correspondant à la saillie abdominale, une tumeur arrondie lisse, régulière, *très dure*, remontant jusqu'aux fausses côtes, dont la partie la plus élevée est distante de 21 centimètres de la symphyse. Cette tumeur, séparée en haut, du fond utérin, par un sillon, fait plus bas corps avec l'utérus et se déplace avec lui, quoique d'une façon fort limitée. Elle se meut sous la paroi abdominale ; elle semble avoir le volume d'un poing moyen. La palpation superficielle n'est pas douloureuse, mais la pression réveille la souffrance ainsi que les tentatives de mobilisation. Le toucher est pénible à la malade ; le cul-de-sac est dur et tendu ; on ne peut apprécier les rapports de la tumeur avec lui, par suite de l'indocilité de la femme. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit nettement avec le stéthoscope les mouvements actifs du fœtus. En pratiquant le palper, M. Lepage sent la tumeur se contracter en même temps que l'utérus. Il porte le diagnostic de fibrome utérin vraisemblablement tordu.

La température est normale ; le pouls est à 88.

Le 18, l'accalmie persiste. La malade est préparée pour l'intervention.

Le 19, M. Mouchotte pratique la laparotomie, avec l'aide de M. Lepage. Incision abdominale médiane, dont les deux tiers supérieurs sont sus-ombilicaux et le tiers inférieur sous-ombilical. On arrive sur une tumeur fibreuse arrondie, insérée sur la corne droite de l'utérus. Cette tumeur est extériorisée. Elle est légèrement pédiculée. Le pédicule est très large. Il est inséré sur le fond utérin, la corne droite et la partie la plus externe de la face antérieure de l'utérus, immédiatement en avant du ligament large correspondant ; il est tordu d'un demi-tour, d'arrière

en avant, dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur, qui remonte sous les fausses côtes, a entraîné, dans son mouvement de torsion, l'utérus, dont le bord droit est légèrement antérieur. Sur le fond de la tumeur adhère une grosse bride épiploïque, congestionnée, large comme deux doigts. Cette bride est sectionnée après ligature au catgut. Une collerette péritonéo-musculaire est taillée au bistouri, à la base de la tumeur et à la partie supérieure du pédicule ; le plan de clivage est cherché et trouvé ; la tumeur est décortiquée et énucléée. La cupule pédiculaire, qui reste après énucléation, est suturée par un surjet au catgut. Il ne s'écoule que relativement peu de sang. Des points séparés au catgut achèvent l'affrontement et l'hémostase. Un petit fibrome du volume d'une noisette, inséré en plein parenchyme utérin, au voisinage du pédicule, est enlevé. L'ablation donne lieu à un saignament assez abondant qui s'arrête après suture. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage. Pansement aseptique.

Pendant toute l'opération on a évité d'imprimer des mouvements à l'utérus. Sitôt l'opération terminée, on fait une injection de 1 centigramme de morphine.

A 1 h. 30 du soir et à 7 heures, injection de morphine, 400 grammes de sérum. T. 36° 9. P. 90.

A 11 heures du soir apparaissent quelques coliques douloureuses Nouvelle injection d'un demi-centigramme de morphine. L'opérée dort.

20 *avril.* — T. 36° 9. P. 92 à 108. Dans la matinée la femme a quelques douleurs utérines se répétant de quart d'heure en quart d'heure. Injection de 1 centigramme de morphine. Soir : T. 37° 2. P. 104.

21. — T. 36° 9. P. 96. Les jours suivants, la température demeure normale.

Les 22, 23 et 24 le pouls oscille entre 92 et 100. Il est normal à partir du 25.

28. — Ablation des fils superficiels.

La femme quitte le service en bon état.

La grossesse continua à évoluer sans aucun incident. L'accouchement eut lieu, à terme, le 20 septembre dernier. Voici la note que nous communique à ce propos le docteur Meurisse, qui assista la femme au moment du travail : O. I. G. A. Durée du travail, environ 20 heures.

Rupture artificielle de la poche des eaux. La tête demeurant au détroit inférieur depuis deux heures sans progresser, application de forceps. Délivrance naturelle. Pas d'hémorragie. Poids de l'enfant ; 3.000 grammes. Suites de couches normales.

La torsion des pédicules s'observe surtout du 2e au 6e mois ; il semble que les petits fibromes tordent leur pédicule plus souvent que les gros. Le plus fréquemment, ce sont des fibromes insérés sur la droite de l'utérus ; leur pédicule est généralement long ; cependant les fibromes sessiles peuvent donner aussi cette complication.

Au point de vue clinique, les accidents ont un début brusque, de plus on note des accalmies semblables à celles qui ont été décrites comme symptomatiques des torsions des tumeurs kystiques.

« Il semble qu'il se fasse peu à peu une accoutumance », disait Bouilly ; mais « ces accalmies sont souvent traîtresses », a remarqué le professeur Pinard.

Le diagnostic de cette complication est parfois difficile avec celui d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu : il faut tenir compte de la consistance dure ou fluctuante et surtout du changement de cette consistance au moment des contractions de l'utérus.

Le diagnostic établi, l'intervention s'impose, si les accidents ont une certaine intensité ; on interviendra donc par la myomectomie abdominale. Sur 5 de nos 7 cas on a pratiqué cette opération et la guérison a été obtenue ; l'accouchement s'est fait ensuite normalement dans 4 cas, — une seule fois, la malade est morte d'embolie au 7e jour (cas de Routier). Dans un autre cas qui est le premier en date (Cappée) on avait provoqué l'avortement sans bons résultats. Enfin dans la dernière observation, due à Ivanoff, la malade a été hystérectomisée (sus-vaginale) et est morte de paralysie cardiaque le 7e jour.

Nous venons de voir la torsion des fibromes au cours de la

grossesse. Mais ce peut être l'*utérus gravide fibromateux qui se tord* lui-même.

Nous savons qu'à l'état de vacuité, l'utérus peut se tordre et J.-L. Faure, Schwartz, Ricard en ont publié des cas particulièrement intéressants.

A l'état de gravidité, la torsion s'observe parfois dans la série animale et notamment chez la vache, la truie et la chatte.

Il s'observe également chez la femme enceinte à la suite de *pexies*.

Nous donnons ci-après une observation des plus curieuses d'utérus fibromateux tordu, due à Ivanoff, que l'on peut rapprocher de l'une de celles publiées, dans les *Annales de gynécologie*, par Lepage et Mouchotte. Dans cette observation (observation I, Lepage, p. 3), l'auteur a constaté, au cours de la laparotomie que « l'utérus était tordu sur son axe de gauche à droite, la face antérieure regardant directement à droite, entraînée dans cette attitude par la tumeur qui s'y implantait ».

Obs. VII. — Professeur Nicolas Ivanoff (de la Maternité impériale de Moscou), *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 11 mars 1907, p. 75 à 77. — *Torsion d'un utérus fibromateux gravide.*

Le 15 janvier 1906, entre à l'hôpital d'Orloff, à Moscou, une femme se plaignant de douleurs vives dans le ventre. Depuis sept ans elle avait remarqué l'existence d'une tumeur.

Pendant les dernières années, cette tumeur avait le volume d'une tête d'adulte, sans que la malade en souffrit d'une manière particulière.

Depuis trois semaines, la tumeur aurait augmenté à vue d'œil, et si rapidement que la malade a de la peine à respirer. En même temps paraissaient des douleurs très vives dans le ventre, qui empêchaient cette femme de vaquer à ses occupations ; le séjour au lit même lui était pénible.

Cette femme, âgée de 24 ans, est nullipare. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de quinze ans ; les règles reviennent toutes les trois semaines.

Cette femme s'est mariée au mois de mai 1905 ; ses dernières règles ont eu lieu le 12 novembre.

C'est une femme maigre, de petite taille, présentant des signes généraux d'épuisement (décoloration de la peau et des muqueuses). Les battements du cœur sont faibles ; le foie, la rate et les reins paraissent normaux. L'abdomen présente les dimensions de celui d'une femme qui est au dernier mois de sa grossesse ; on sent une tumeur qui a le volume d'un utérus gravide à terme.

A la percussion, sonorité de chaque côté au-dessus de cette tumeur ; le fond de l'utérus est à mi-hauteur de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. La consistance de la tumeur est molle, élastique, elle rappelle celle d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde ; il existe une fluctuation profonde dans toute la tumeur, surtout au niveau de sa partie supérieure.

Au toucher, le cul-de-sac de Douglas fait saillie : il est rempli par une masse assez molle, unie étroitement à la tumeur, ou peut être indépendante d'elle. Le col est dévié en avant, son ouverture regarde en bas. Il est dur, non augmenté de volume. Il remonte en haut derrière la symphyse ; le corps de la matière ne peut être palpé à part.

Dans les culs-de-sac latéraux, on sent des pulsations. Par l'auscultation de la tumeur on ne trouve pas les battements du cœur fœtal, pas de bruit de souffle maternel.

Par le palper, on ne sent ni partie fœtale, ni mouvements actifs d'un fœtus.

Ces constatations conduisent au diagnostic suivant :

La femme a une tumeur qui ressemble à un kyste de l'ovaire.

Il y a trois semaines, cette tumeur a subi un changement qui fait penser à la torsion du pédicule. Le kyste a notablement grossi et s'est développé rapidement en provoquant de vives douleurs. En outre, il y a lieu de penser qu'il existe une grossesse de deux mois. « L'existence de la tumeur abdominale, son rapide développement, les fortes douleurs qu'elle occasionne, l'épuisement progressif de la malade, tout indique l'urgence qu'il y a à ne pas différer l'intervention et l'ablation de la tumeur. D'ailleurs, ces signes indiquent que la grossesse a peu de chances de continuer et d'arriver à terme. De plus, l'intervention paraît d'autant plus indiquée qu'il est impossible d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une dégénérescence maligne de la tumeur.

Incision abdominale de 20 centimètres au niveau de la ligne blanche. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un verre de liquide séreux. La tumeur apparaît au niveau de l'incision : à sa surface on aperçoit des tumeurs kystiques remplies d'un liquide séreux et qui donnent l'aspect d'un kyste multiloculaire.

Le diagnostic de kyste semble à ce moment confirmé.

En s'orientant, on ne parvient pas à trouver l'utérus. L'incision est alors agrandie, et la tumeur, dégagée de ses adhérences, est plus facile à explorer.

Cette tumeur est tordue de 180 degrés autour de son axe. On détord de suite la tumeur. En l'examinant, on constate que de chaque côté d'elle se trouvent un ovaire et une trompe : d'où la conclusion qu'il ne s'agit pas d'un kyste, mais bien de l'utérus,

En examinant la pièce, on constate que le pédicule de torsion est constitué par le col de l'utérus, allongé, tordu de droite à gauche, de telle sorte que le bord droit de la tumeur s'était d'abord déplacé en avant, puis avait atteint le côté gauche, en même temps que l'ovaire droit et la trompe droite se trouvaient à gauche, et, inversement l'ovaire gauche et la trompe gauche se trouvaient à droite.

Du côté gauche de la tumeur, à sa partie inférieure, on trouve des excroissances du volume d'une grosse orange.

Le diagnostic étant encore incertain, on cherche à le compléter. Pour cela, on fait une incision à la surface de la tumeur : cette première incision légère donne lieu à un écoulement sanguin veineux abondant, qui ressemble à celui qu'on observe lorsqu'on sectionne la paroi utérine dans l'opération césarienne, de telle sorte qu'à un moment nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une grossesse près du terme, développée dans une corne d'un utérus bicorne.

Le doigt introduit par l'incision sent les tissus infiltrés du fibrome. L'utérus gravide était tellement adhérent à la tumeur fibreuse et s'étalait sur une telle étendue qu'on ne put songer à enlever le fibrome seul en conservant l'utérus gravide. On pratique donc l'ablation du fibrome et de l'utérus, on fait la ligature des ligaments larges, des artères utérines — qui sont très développées — ainsi que des veines présentant un développement considérable. On sépare la vessie du col utérin très allongé ; amputation supra-vaginale. La trompe droite est enlevée en

même temps que l'utérus ; l'ovaire droit est laissé en place. Péritonisation, suture de la plaie abdominale.

Après l'intervention, température 38°5 ; faiblesse du cœur, pouls 130 à 140. Cinq jours après l'opération, la malade succombe de paralysie cardiaque malgré les traitements employés.

Examen de la pièce. — Après écoulement du liquide, la tumeur est diminuée de volume et change de forme : elle ressemble à une boule de la grosseur d'un melon d'eau de très grande dimension. Son poids est de 7 kilogrammes. A la partie inférieure de la tumeur, à gauche, se trouvent les excroissances signalées plus haut : c'est le corps de la matrice contenant un œuf avec un fœtus de trois mois.

Du côté droit de la tumeur se trouvent les annexes : l'ovaire est atteint de dégénérescence kystique ; la trompe, très allongée, se dirige en arrière vers la matrice. A l'examen microscopique, on constate que la tumeur est constituée par du fibromyome ; le péritoine est soulevé par places par des tumeurs remplies d'un contenu séreux. Quelques-unes de ces tumeurs, de la grosseur d'une noix, sont des parties du kyste de l'ovaire.

En résumé, il s'agit d'une femme enceinte de trois mois chez laquelle l'utérus gravide, contenant un volumineux fibrome, s'est tordu sur son axe.

Hémorragies. — La plupart des *hémorragies* des fibromes gravidiques reconnaissent pour cause l'insertion du placenta sur le segment inférieur. C'est ce qui ressort de la thèse de Méheut et de l'enseignement du professeur Pinard.

Cependant Wyder pense que les hémorragies peuvent être liées à des lésions de métrite interstitielle et Schwartz et Hepp croient qu'elles dépendent d'un état congestif favorisé par la sclérose vasculaire des vaisseaux utérins ; et il faut aussi songer à l'albuminurie.

Toutefois ces hémorragies sont rares, mais il faut intervenir quand elles menacent, par leur abondance, par leur répitition la vie de la mère et de l'enfant.

Rétroversion. — Des accidents d'un ordre spécial sont déter-

minés par la *rétroflexion de l'utérus gravide*, lorsqu'un fibrome du fond ou de la face postérieur de l'utérus est maintenu, dans le petit bassin par son volume ou par des adhérences, pendant que l'utérus tend à l'élever dans l'abdomen.

Le fait s'observe rarement. Néanmoins si des troubles se produisent, on doit réduire la rétroflexion par voie vaginale ; s'il y a impossibilité, on aura recours à la voie abdominale et on pourra alors être amené à pratiquer une myomectomie.

Accidents septiques ; dégénérescence ; suppuration.— Les fibromes peuvent s'*infecter* au cours de la grossesse :

Ou bien ils adhèrent à des organes infectés comme des annexes malades où à des organes qui, comme le rectum, contiennent une flore bactérienne capable d'exalter la virulence sous certaines influences, surtout si un point de sphacèle par oblitération des vaisseaux de la tumeur vient créer un point d'appel pour l'infection.

Ou bien, les fibromes contiennent des germes susceptibles d'exalter leur virulence en présence d'une dégénérescence quelconque de la tumeur déterminée, par exemple, par un traumatisme (Claisse).

Quoi qu'il en soit, la suppuration indique l'intervention, mais cette complication est rare.

Il en est de même de la dégénérescence kystique et de la calcification de ces tumeurs, tels les cas de Péan (fibro-kystique), de Lohlein (fibro-kystique dégénéré), de Wallace (calcifié), d'Hegar (ramollissement de la tumeur).

Erreur de diagnostic. — Enfin, dans certains cas, la grossesse a été méconnue, le ventre a été ouvert et la laparotomie une fois faite, on a vu qu'il s'agissait d'un utérus gravide fibromateux. On en a profité pour pratiquer une myomectomie, comme dans l'observation particulièrement intéressante d'Ogden (grossesse d'âge non indiqué).

Opérations mutilatrices.

a) Hystérectomie vaginale.

Les hystérectomies vaginales pratiquées au cours de la grossesse sont rares ; cependant chez une femme jeune, au début de la grossesse, n'ayant pas de lésions apparentes des annexes et dont la tumeur ne semblerait pas prédominer du côté des ligaments larges ou se mettre en rapport avec les uretères, on pourrait se servir de ce procédé, dans les cas de fibromatose du col ou du segment inférieur ; pareille conduite a été suivie avec succès par Doléris,dans une observation très intéressante rapportée par Türner et nous avons trouvé également la relation d'une intervention de Basham, chez une femme enceinte de deux mois avec guérison.

b) Hystérectomie abdominale subtotale ou supra-vaginale.

L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix,quand il y a indication.

Barnes fut le premier qui pratiqua cette intervention et la malade succomba.

Nous avons vu les avantages que présente la subtotale : elle doit surtout être préférée chez les femmes anémiées, affaiblies où il faut aller vite.

Nous donnons ci-après le tableau des hystérectomies subtotales, d'après Pozzi, Türner et nos propres recherches.

Nous avons 67 cas, avec 13 morts et 54 guérisons : ce qui fait une proportion de 19 0/0 environ.

TABLEAU III. — **Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide.**

AUTEURS.	DATE DE L'OPÉRATION OU DE LA PUBLICATION.	EPOQUE DE LA GROSSESSE.	ETAT ANATOMIQUE.	RÉSULTAT.
1. Barnes .	*St-Georges Hosp. Reports*,1874-76,t. VIII, p. 91-95.	3 mois	Corps fibreux masquant une grossesse.	Mort.
2. Kaltenbach.	2 mars 1880 (cité par HEGAR. *Operative Gynäk*, 3e édit,.p. 476).	5 mois	Myome interstitiel du fond de l'utérus, poids : 3.500 gr.	Guérison.
3. Wasseige.	18 mars 1880.	5 mois	Myome interstitiel du fond de l'utérus, poids : 4.500 gr.	Mort le 6e jour.
4. Niebereing.	10 février 1882.	4 mois		Mort en 49 heures.
5. Savage	*Brist. med.*, juin 1882, vol., 11, p. 423.	4 mois	Myome interstitiel de 9 livres.	Guérison.
6. Schrœder	10 janvier 1883.	3 mois	Myome interstitiel de la grosseur d'une tête d'adulte.	—
7. Schrœder	29 juin 1884.	3 mois		—
8. Agnew .	*Brit. med.*, juin 1884, vol. I, p. 458.	6 mois	Fibrome remplissant le bassin.	Mort le 3e jour.
9. Walter .	*Brit. med. Assoc.*, Liverpool, 1883.	4 mois	Tumeur colossale.	Mort le 9e jour.
10. Alex Paterson.	*Glascow med. Journ.*, avril 1885.	4 mois	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
11. Etheridge.	*Amer. Journ. of Obst.*, 1887, t. XX, p. 69.	3 mois (on avait essayé en vain de provoquer l'avortement).	Tumeur fibro-kystique.	Mort de péritonite le 11e jour.
12. Kasstrœm.	*Hygiea*, avril 1887 (Anal. in *Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 550).	5 mois	Fibrome intra-ligamentaire (pédicule perdu et drainage).	Guérison.
13. Freund.	Observ. inédite communiquée à Van-der Veer (*loc. cit.*, p. 1136).	8 mois	Corps fibreux masquant une grossesse.	—
14. G. Granville-Bantock.	*Brit. Gyn. Journ.*, 1887, t. II, p. 65.	3 mois	*Id.*	—
15. G. Granville-Bantock.	*Amer. Gyn. Trans.* 1887, p. 211.	4 mois	Fibromes interstitiels.	—
16. G. Granville-Bantock.	*Brit. med. Journ.*, 1888, p. 1331.	?	Fibromes multiples	—
17. Hofmeier	*Die Myomotomie*,p. 76.	3 mois	Corps fibreux avec soupçons de grossesse.	Guérison.
18. Tauffer.	*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 119.	2 mois	Corps fibreux, fœtus mort et macéré.	—
19. Kaltenbach.	*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 435.	2 mois	Corps fibreux en voie de désintégration, fœtus macéré.	—
20. Kn. Thornton.	*Brit. med.*, juin 1888, p. 1331.	5 mois	Myome de 16 livres.	—
21. Meredith.	*Ibid.*	5 mois	Enorme fibrome,grossesse gémellaire.	Mort le 3e jour.
22. Meredith.	*Ibid.*	2 mois	Fibrome comme une tête d'adulte.	Mort le 6e jour.

Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide (*suite*).

Auteurs	Date de l'opération ou de la publication	Epoque de la grossesse	Etat anatomique	Résultat
23. Fritsch.	*Samml. klin. Vort.*, 1889, n° 339.	?	Fibrome à évolution rapide.	Guérison.
24. More Madden.	*The Lancet.* 1889, p. 271.	4 mois	Très gros fibrome (pédicule perdu).	Mort.
25. F. Barnes.	*The Brith. Gyn. J.*, nov. 1889, p. 315.	5 mois	Enorme fibrome.	Guérison.
26. D. von Ott.	*Arc. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXVII, p. 88.	9 mois (263 jours.)	Gros fibrome de la port. sus-vag. du col. Trait. intra-péri. du pédicule.	— Enfant vivant.
27. A. Martin.	*Naturf. Samml.*, Heidelb., 1889 (*Soc. obst. de Berlin*; *Centr. f. gyn.*, 1890, p. 67).	4 mois	Tumeur de la partie inférieure du corps de l'utérus.	Guérison.
28. Kaschkaroff.	*Centr. f. gyn.*, 1890, n° 49, p. 899.	3 mois	Fibrome sous-séreux Hydramnios.	—
29. Wyder .	*Arch. f. Gyn.*, 1891, t. XLI, p. 222.	3 mois	Fibromes multiples.	—
30. F. Chrobak.	*Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 345.	6 mois	Enorme fibrome.	—
31. Bouilly .	1890 cité par Turner.	?	Corps fibreux.	Guérison.
32. Karl Hauser.	1891 *Arch. f. Gyn.*, 16, p. 111.	—	Ventre énorme. Tumeurs multiples.	—
33. Laudan .	1891 *Samm. kl. Vort.*, n° 26.	—	Corps fibreux.	—
34. Pilcher .	1891 *Brook. med. J.*, VI, 489.	5 mois	Grosse tumeur. Fœtus macéré.	—
35. Fochier .	1893 *Lyon méd.*, XLIII, 69.	4 mois	Grosse tumeur.	—
36. Vautrin .	1893 *Cong. de Chir.*, 4 avril.	4 mois 1/2	Compressien et péritonite.	Mort.
37. Ludlam .	1894 *Clin. Chicago*, p. 180.	4 mois	Grosse tumeur.	—
38. Smith. . .	1894 *Am. J. of Obst.*, 365.	?	3.500 gr.	Guérison.
39. Louy. . .	1894 *Virg. med. Monthly*, 103.	3 mois	Multiples.	Guérison.
40. Delagénière	1895 *Arch. prov. Chir.*, 507.	4 mois	Grosse tumeur. Fœtus macéré.	—
41. Lee. . . .	1895 *Tr. am. Inst. Hom.*, 41, 450.	—	—	—
42. Cameron.	1895 *Brit. med. J.*, 1414.	5 mois	Interstitiel. Fœtus mort.	—
43. Stehman.	1895 *Chic. path. Soc.*, 9 déc.	2 mois 1/2	Grosse tumeur, développement rapide.	—
44. Malthews	1896 cité par Turner.	5 mois 1/2	Grosse tumeur.	Mort.
45. Barnett .	1896 *Texas. med. News*, 538.	6 mois	Tumeur pelvienne.	Guérison.

Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide (*suite*).

Auteurs.	Date de l'opération ou de la publication	Epoque de la grossesses.	Etat anatomique.	Résultat.
46. **Chrobak**.	1896 *Centr. f. Gyn.*, p. 165.	3 mois	Tumeurs multiples.	—
47. **Ruth**. . .	1896 *Langdalis Lancet*, I, 93.	3 mois 1/2	Grosse tumeur.	Mort.
48. **Murphy** .	1896 *Int. med. Maf.*, I, 17.	3 mois	Grosse tumeur dans le bassin.	Guérison.
49. **Allen**. . .	1896 *Cler. med. J.*, I, 259.	—	Grosse tumeur.	Mort.
50. **Lauwers**.	1895 *Soc. belge Gyn.*, 26 juin.	—	—	Guérison.
51. *id.*	1895 *id.*	—	—	—
52. *id.*	1895 *id.*	—	—	—
53. **Vande-weer**.	1896 *Phila. Trans. med. Soc.*, 336.	4 mois	Grosse tumeur.	—
54. **Ricketts** .	1897 *Amer. J. Obst.*, 652.	6 mois	Rétention urine absolue.	—
55. **Chenieux**	1897 *Limousin méd.*, 1898, 98.	3 mois	Grosse tumeur. Anémie extrême.	—
56. **Coe**. . . .	1897 *Med. news.*, 705.	?	—	—
57. **Von Mackthurn** .	1897 *Wien. klin. Woch.*, 716.	3 mois	Tumeurs multiples.	—
58. *id.*	1897 *id.*	6 mois	Grosse tumeur.	—
59. **Fry**. . . .	1897 *Tr. South. Chir. Soc.*, IV, 127.	3 mois	—	—
60. **Vande-weer**.	1897 *loc cit.*	4 mois	Tumeurs multiples.	—
61. **Mikhim** .	1898 *Journ. d'Obstét.*, avril.	3 mois	Grosse tumeur	Guérison
62. **Elischer**.	1898 *Orvosi Hetib.*, p. 121.	—	Grossesse gémellaire.	—
63. **Petersen**.	1899 *Monatsch. f. Geb.*, p. 217.	—	Grosse tumeur.	—
64. *id.*	1899 *id.*	—	—	—
65. **Keiffer**. .	1900 *Soc. Obst.*, 18 janvier.	5 mois	Très grosse tumeur fibromateuse généralisée.	—
66. **Brindeau**	1903 *Soc. Obst. Paris*, p. 168.	4 à 5 mois	Vomissements. Etat grave. Albumine.	—
67. **Carstens**.	1905 *Ann. J. of Obst.*, p. 374.	3 mois	—	—

c) Hystérectomie abdominale totale.

L'hystérectomie abdominale totale doit être préférée toutes les fois qu'il s'agit d'une femme âgée, après 35 ou 40 ans, toutes les fois qu'il y a des adhérences, des connexions basses, que le col est fibromateux ou qu'il est infecté, c'est-à-dire s'il est atteint d'endométrite glandulaire ou parenchymateuse, car laisser ainsi un foyer chronique d'infection, exposer un moignon douteux à une dégénérescence ultérieure peut-être maligne, c'est contraire à toute pratique chirurgicale, Enfin il faut pouvoir, dans certains cas, faire le drainage vaginal qui est une garantie sérieuse de succès.

On verra, dans le tableau ci-après, emprunté à Türner et à nos propres observations, combien cette opération a perdu aujourd'hui de sa gravité, puisque sur 33 observations, nous ne trouvons qu'une mort.

TABLEAU IV. — **Hystérectomie abdominale totale.**

OPÉRATEUR.	DATE	OBSERVATIONS.	DATE DE LA GROSSESSE.	RÉSULTATS.
1. Lannelongue.	*Soc. de gyn.*, Bord., 9 juillet 1892.	Fibrome 9.500 gr.	3 mois	Guérison.
2. Martin.	*Zeitsch. fur Geb.*, XXVI, 220, 1893.	—	2 mois	—
3. Rœss.	*Ann. J. of. Obst.*, mars, 1893.	—	5 mois	Mort.
4. Dittel. .	*Wien. klin. Woch.*, 609, 1893.	—	3 mois	Guérison
5. Macks. .	*Fetsch. f.* A. MARTIN, p. 196, 1894.	—	5 mois	—
6. Smith. .	*Am. J. of Obst.*, p. 365, 1894.	—	?	—
7. Jesseth .	*Brit. gyn. J.*, X, 317, 1894.	—	3 mois	—
8. Ricard .	Cité par TURNER, 1895.	Hémorragies.	2 mois	—
9. Delagénière.	*Arch. prov. Chir.*, 807, 1895.	2.300 gr. fœtus macéré.	4 mois	—
10. Polosson	*Soc. obst. de France*, 6 avril 1896.	—	—	—
11. Lee . . .	*Tr. Am. Inst. Hom.*, LI, 450, 1895.	Tumeur pelvienne.	?	—
12. Kelly . .	*loc. cit.*, 1896.	—	—	—
13. Toth. . .	*Orvosi hetil.*,1897, XLI, 232, 1896.	—	3 mois 1/2	—
14. *Id.*	*Id.*	—	3 mois	—
15. *Id.*	*Id.*	—	2 mois 1/2	—
16. Crowell.	*Lang. Lancet*, II, 95, 1095.	Masse à gauche	3 mois 1/2	—
17. Monod .	*Ann. gyn. et obst.*, 1897.	—	4 mois	—
18. Martin. .	*Klin med.*, XII, 409, 1897.	—	3 mois	—
19. Von Mackthurn .	*Wien. kl. Woch.*, X, 716, 1897.	Myomes.	5 mois	—
20. Bruwis .	*Tr. Edin. Obst. Soc.*, XXIII, 137, 1897.	Accroissement rapide.	4 mois	—
21. Tissier .	*Soc. Obst. Paris*, février 1998.	Tumeur enclavée. Hémorragies.	1 mois 1/2	—
22. Jesseth .	*Lancet*, II, 802, 1898.	Grosse tumeur, fœtus mort.	4 mois	—
23. *Id.*	*Id.*	—	3 mois 1/2	—
24. *Id.*	*Id.*	—	2 mois 1/2	—
25. Finet . .	*Soc. Anat.*, Paris, 128, 1898.	Vomissements.	—	—
26. Boldt . .	*Am. J. of.Obst.*,juillet, 1893.	—	6 mois 1/2	—
27. *Id.*	*Id.*	—	6 mois 1/2	—
28. Demons.	*Rev. de gyn.*, 393,1899.	Douleurs, compression, amaigrissement.	5 mois	—
29. *Id.*	*Id.*	—	—	—
30. Monprofit.	*Rev. de gyn.*, 398, 1899.	Amaigrissement rapide.	4 mois	—
31. *Id.*	*Id.*	—	2 mois 1/2	—
32. Chénieux.	*Cong. de chir.*, 25 oct. 1905.	Douleurs, état grave.	3 mois 1/2	—
33. Doléris .	*Soc. Obst. de Péd.*, Paris, 8 mai 1905.	Accroissement douloureux et rapide.	3 à 4 mois	—

Comme pour les opérations conservatrices entrons dans les détails et faisons une étude analytique.

Excès de volume de la tumeur. — Le fibrome enlevé par Lannelongue pesait 9.500 grammes, celui de Delagénière 2.300, celui de Kaltenbach 3 kilogr. 500, celui de Wasseige 4.500, celui de Savage 9 livres, celui de Thornton 16 livres, et il y en avait d'énormes (Barnes, More, Madden, Chroback, Mérédith, etc...), gros comme une tête de fœtus, comme deux poings, comme, une tête d'adulte (Meredith) ; parfois même les tumeurs étaient multiples (Wydre, Louy, Chroback, von Mackthurn, Vandemeer, etc...). Dans un cas (Walter) la tumeur était même colossale.

Enclavement de la tumeur dans le petit bassin. — Cet accident est enregistré un certain nombre de fois et on comprend qu'il impose une ablation totale comme dans le cas de Tissier, où il y avait des hémorragies considérables, de Lee, d'Agnew, où la tumeur remplissait le bassin, de Murphy, etc... Nous rapportons ici le cas récent de Doléris.

Obs. VIII. — A. Doléris, *Comptes-rendus de la Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 8 mai 1905. — *Fibrome utérin incarcéré, grossesse, hystérectomie. Guérison.*

Mme X..., cuisinière, 33 ans, célibataire, n'ayant jamais eu ni grossesse ni fausse-couche, m'est adressée par le Dr Schœffer au commencement d'avril 1905.

Aucun antécédent héréditaire intéressant.

La malade a toujours été de bonne santé générale jusqu'à ces derniers mois.

Réglée tard, à 16 ans et demi, elle présente cette particularité que sa période menstruelle, au lieu d'anticiper de quelques jours, comme c'est l'habitude dans les cas de fibromatose utérine, retardait chaque mois de cinq à sept jours ; il en a été ainsi jusqu'à la fin de l'année 1904.

Vers le milieu de cette même année 1904, elle a éprouvé une crise de douleurs abdominales, sans vomissement, sans fièvre, sans symptômes péritoniques. Cette crise a duré trois à quatre jours seulement et ne s'est point renouvelée.

En janvier dernier (1905) la malade éprouva pendant huit jours des difficultés considérables pour uriner ; elle n'y parvenait qu'après un effort très prolongé. La miction était douloureuse et cuisante.

Depuis quelques mois, la menstruation a présenté des modifications qui ont paru sans importance, mais qui, depuis les particularités révélées par l'opération veulent être précisées avec soin.

Les règles du mois de décembre 1904 ont apparu avec le retard habituel de sept jours sur celles de novembre ; elles ont duré quatre jours comme de coutume, avec la même abondance moyenne.

Les règles du mois de janvier sont venues avec huit jours de retard, toujours de même durée et en quantité normale. Pour le dire exactement, elles ont débuté le 28 janvier et se sont terminées le 3 février.

La période suivante est survenue avec dix jours de retard, c'est-à-dire le 13 mars ; les menstrues ont été un peu plus abondantes que d'ordinaire. La malade a expulsé quelques caillots et ressenti des douleurs assez vives ayant un caractère expulsif.

C'est vers ce moment qu'elle a cru remarquer que son ventre augmentait de volume. Tandis que jusqu'alors elle n'avait rien noté de particulier de ce côté, elle constata une grosseur anormale et dure qui, dans la suite, lui parut s'accroître assez rapidement.

La constipation était assez marquée depuis février.

La crise douloureuse, la découverte de la tumeur hypogastrique déterminèrent la malade à consulter son médecin le Dr Schœffer, qui ayant vite reconnu la présence de fibromes utérins, me l'adressa.

L'examen de la malade fut pratiqué, tout au commencement d'avril.

A l'inspection de l'abdomen, on perçoit une légère voussure des régions ombilicale et sous-ombilicale, plus accentuée à droite.

Au palper, on sent une masse supérieure largement lobulée emplissant l'hypogastre et poussant un prolongement vers l'hypocondre droit. La masse inférieure pénètre profondément dans le bassin ; elle est immobile et de consistance dure.

Rien d'autre ne frappa mon attention ; il n'y avait point de ligne brune bien marquée ni de pigmentation apparente.

Le toucher était très difficile, presque impraticable. L'index à peine introduit dans le vagin était arrêté par une vaste saillie bombée, résistante, régulièrement dure, qui effaçait entièrement le tractus vaginal. Le bassin était comblé par une tumeur moulée exactement sur ses

parois. La recherche du col utérin fut fort pénible. Il fallait glisser le doigt verticalement de bas en haut, le long de la symphyse, suivre le conduit vaginal aplati contre le pubis, pour arriver, avec de grandes difficultés à sentir l'extrémité d'un petit museau de tanche situé très haut, et certainement au-dessus de l'aire du détroit supérieur.

La masse pelvienne faisait corps avec la masse abdominale, et elle était impossible à mobiliser. La vessie était refoulée vers l'abdomen.

Il était aisé de reconnaître qu'il s'agissait d'un vaste fibrome enclavé dans le bassin, et fixé par le revêtement péritonéal ; intra-ligamentaire par conséquent.

Malgré la compression du rectum et de l'urèthre, il n'existait pas de signes d'obstruction manifeste des conduits, mais seulement de la constipation et de la dysurie.

L'état général est bon.

La malade qui est nullipare, ne présente aucun signe de grossesse, ni vomissements, ni salivation, ni réflexes d'aucune sorte. Les seins ont un peu grossi, mais sans coloration ni saillie de l'aréole, sans tubercules de Montgomery, sans colostrum.

Je dois dire que ces données ont été obtenues rétrospectivement ; car au moment de mon premier examen, pas plus que dans les examens ultérieurs, rien ne me fit penser à un commencement de gestation. Le renseignement très exact d'ailleurs concernant l'augmentation du volume du ventre, assez rapidement survenu, ne retint pas autrement mon attention. J'étais persuadé qu'on le pouvait expliquer par le peu d'attention que la malade y avait apporté avant le moment de la période menstruelle du mois de mars, qui fut assez pénible pour lui faire prendre garde alors seulement à cette particularité. L'évacuation incomplète de la vessie pouvait aussi y être pour quelque chose.

J'opérai Mme X... le 11 avril, par la laparotomie. Paroi abdominale épaisse et adipeuse. L'incision qui primitivement ne dépassait pas l'ombilic, dut être prolongée d'un centimètre au-dessus de la cicatrice ombilicale, en raison de la difficulté de mouvoir la tumeur. Celle-ci était immédiatement appliquée contre la paroi abdominale. La vessie quoique vide était très remontée, et dépassait la symphyse pubienne, de trois à quatre travers de doigt.

La tumeur est attirée en haut par sa masse supérieure libre ; les adhérences épiploïques et intestinales sont rapidement décollées ; le

ligament large gauche est sectionné et la masse profonde, enclavée, du fibrome est rapidement énucléée, avec les doigts, de sa capsule péritonéale.

Même procédé classique, pour le côté droit : le néoplasme est assez facilement séparé des parois pelviennes auxquelles il adhère, après ligature du ligament infundibulo-pelvien et débridement de la séreuse.

Le reste de l'opération se pose sans autre incident que la difficulté de la découverte des artères utérines. J'y renonce vite et ne pratique le pincement qu'après section.

Ablation de l'utérus immédiatement au-dessous du vagin.

Au cours de l'opération, j'avais rencontré une portion de la masse néoplasique, plus molle, présentant les caractères d'un kyste, du volume d'une très grosse poire, qui n'arrêta pas autrement mon attention. Vu la rapidité des manœuvres et surtout en raison de l'impossibilité de relever, *in situ*, la topographie exacte des organes, tellement la tumeur était adhérente partout, je ne m'attardai pas à en déterminer la nature.

Les adhérences, la tumeur, les veines sectionnées à sa surface ont saigné plus que de coutume, sans que la perte de sang ait cependant été bien importante.

Ligatures minutieuses, soigneuse péritonisation des moignons utérins et vasculaires ainsi que de la large surface cruentée de la cavité pelvienne.

L'hémostase est complète. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Durée de l'opération 50 minutes.

Description de la pièce. — 1° La masse présente en avant et un peu à gauche la tumeur kystique à parois molles et épaisses dont il a été dit un mot : c'est l'utérus.

Après section longitudinale, on découvre dans sa cavité un fœtus intact, sans mouvements avec les membranes ovulaires au complet.

L'utérus mesure du fond à l'isthme sectionné, 8 centimètres en longueur : d'une corne à l'autre, 10 centimètres en largeur. Dans sa paroi trois fibromes du volume d'une noisette, sous-séreux, sessiles, énucléables.

Le fœtus présente une longueur de 7 cm. 1/2 du vertex à l'extrémité des membres inférieurs.

Les annexes droites se retrouvent avec peine. Elles sont absolument accolées au fibrome et enroulées sur sa face antéro-latérale. Une lame

membraneuse, péritonéale, les bride et les aplatit au point que la trompe étalée en éventail est à peine reconnaissable. L'ovaire se voit par transparence au-dessous du feuillet séreux.

Cette disposition est le résultat du développement intra-ligamentaire du fibrome.

Des annexes gauches sont libres d'adhérences et normales. L'ovaire renferme un volumineux corps jaune de la grossesse et deux follicules kystiques.

2° La masse principale de la tumeur incarcérée dans le bassin, qu'elle déborde de la grosseur d'une tête d'enfant irrégulière et bosselée, est implantée sur la paroi postéro-latérale droite de l'utérus. Sa surface dénudée est très vasculaire. Développée sous le péritoine elle soulevait la séreuse de Douglas qu'elle avait décollée de la face antérieure du rectum. Elle soulevait également le ligament large gauche entre les feuillets duquel elle faisait une forte saillie.

3° Une tumeur du volume d'une grosse pomme irrégulière, nodulaire est implantée à la face postéro-supérieure de l'utérus par un pédicule large et long. C'est cette masse qui se percevait au-dessus de l'ombilic. Elle était bridée et maintenue par des adhérences intestinales et épiploïques.

En résumé, grossesse ignorée avant l'opération. La fécondation qui paraissait impossible étant donné la conformation du tractus génital, devait remonter à près de quatre mois, d'après nos renseignements.

L'accouchement par les voies naturelles eût été impossible.

On se demande ce qui serait advenu en cas d'avortement. J'ai vu mourir sans pouvoir l'opérer une femme dans de semblables conditions, avec un œuf putréfié qu'il ne fut pas possible d'extraire de l'utérus. L'observation en a été publiée en 1901. On ne peut donc que se féliciter de la façon dont les choses se sont passées dans le cas présent.

Evolution de la tumeur. — Dans ces cas, le fibrome augmente rapidement de dimensions, et si on n'a pu jusqu'alors pratiquer une myomectomie, ou bien si le développement est vraiment trop rapide, on est obligé de la considérer comme une tumeur maligne et d'extirper tout l'utérus. C'est ainsi que Bruwiss, Monprofit, dans un cas, Doléris en 1905, Fristch, Stehman, ont été appelés à intervenir, pour ainsi dire d'urgence.

Désintégration, mortification de la tumeur. — Nous avons vu que Doléris avait constaté dans certains fibromes, au cours de la grossesse, des formations kystiques et même un certain degré d'infiltration colloïde : nous avons vu d'autre part qu'il pouvait exister de la suppuration ; c'est pourquoi Etheridge a observé une tumeur fibro-kystique et Koltenbach, un fibrome en voie de désintégration qui les ont obligés à intervenir.

Fibromatose généralisée. — C'est la transformation de l'utérus, pour ainsi dire tout entier, en une masse, en une tumeur fibreuse, incapable désormais de nourrir le fœtus. Nous trouvons cette indication dans le cas de Keiffer, exemple que nous rapportons ici :

Obs. IX. — Keiffer, (de Bruxelles). *Société d'obstétrique de Paris*, janvier 1900. — *Grossesse de cinq mois et volumineux fibrome utérin. — Amputation utéro-ovarique. — Guérison* (présentation de pièces anatomiques).

Les fibromyomes qui se développent dans les parois utérines avant et pendant la grossesse sont le plus souvent des noyaux isolés occupant les points les plus variables de cette paroi. Ils évoluent très souvent d'une manière favorable pendant la gestation, soit qu'ils se ramollissent et participent au moment voulu à la contraction utérine, soit qu'ils émigrent du segment inférieur, où ils seraient cause de dystocie, vers une région moins funeste. Ce sont des considérations de ce genre qui engagent les accoucheurs à respecter les grossesses fibromateuses et à ne pas les considérer trop vite comme irréalisables au point de vue obstétrical.

Il arrive malheureusement qu'à côté de néoplasies isolées en plein tissu utérin sain, il coexiste une véritable hyperplasie utérine ou une fibromatose interstitielle qui donne, non à des parties, mais à l'organe tout entier, un volume énorme.

Avec une altération de ce genre, on ne comprend pas très bien comment pourraient se produire les modifications de structure et surtout de position des fibromes que nous escomptons pour attendre sans crainte l'accouchement spontané.

Or, c'est un cas de ce genre que mon excellent confrère et ami le docteur Guillaume, a bien voulu me soumettre.

En examinant la malade qu'il me présenta, je n'ai pu que confirmer son diagnostic, tumeur fibreuse utérine, dure, obstruant tout le pelvis, aplatissant un petit col charnu derrière le pubis, et remontant dans l'abdomen jusqu'au côlon transverse et à la grande courbure de l'estomac. A travers la paroi abdominale maigre, on palpe une tumeur fluctuante laissant deviner très nettement les saillies d'un fœtus. Tous les symptômes sympathiques et objectifs de la grossesse font admettre qu'elle remonte à cinq mois.

La tumeur et l'utérus ne semblent pas distincts, mais forment une masse unique, énorme, immobilisée et sa paroi antérieure donne l'impression du kyste fœtal. L'orifice cervical étant reporté très haut derrière le pubis, et le pelvis tout entier étant obstrué, nous pensons que la malade n'a aucune chance de pouvoir arriver à terme sans rupture du sac fœtal, pas plus que de voir l'utérus se modifier favorablement à l'approche de la parturition.

De telles conditions nous ont engagé à conseiller une opération tendant à supprimer la grossesse et à enlever le néoplasme.

Celle-ci a eu lieu il y a 15 jours. Je pus enlever, avec l'aide de mon confrère Guillaume, la tumeur utérine gravide en bloc, après rupture de quelques adhérences du côté de l'estomac, dissection de la vessie, et ligature des ligaments larges, bref par la méthode dite subtotale. L'opération, contrairement à notre attente, fut assez simple, donna très peu de sang et fut, en ce qui concerne les suites, d'une bénignité étonnante. La température ne dépassa aucun jour 37° ; il n'y eut pas même de vomissements ; de légers troubles vasomoteurs nous ont fait prescrire la spartéine pour soutenir le cœur et éviter les syncopes, toujours à redouter après de tels traumatismes.

La pièce anatomique extirpée, et que je vous présente, est bien celle soupçonnée par le diagnostic. Il s'agit bien d'une combinaison d'hyperplasie et de fibromatose généralisée du muscle utérin présentant en outre quelques volumineux fibromes isolés. L'examen de la cavité utérine et de ses rapports montre que la grossesse s'est produite dans un utérus en rétroflexion, le fond de l'utérus formant toute la masse qui remplissait le pelvis, la paroi supéro-antérieure de l'organe formant la masse néoplasique la plus élevée, et une petite partie seulement du seg-

ment inférieur de l'utérus en avant servant d'enveloppe utile dilatable pour l'œuf.

Cette enveloppe, en avant, était d'une telle minceur, d'une telle fragilité qu'elle justifiait à elle seule notre intervention, car une simple chute, un effort, une contraction utérine eussent suffi pour la rompre.

Myomes interstitiels volumineux. — Il est en effet, impossible d'enlever ces tumeurs par énucléation sans léser définitivement l'utérus et tuer l'enfant : aussi trouvons-nous les observations de Kaltenbach, Wasseige, Savage, Schrœder, Granville, Bantock, etc...

Fibromes coexistant avec une autre complication. — Les fibromes peuvent coexister avec une autre complication dont ils sont parfois la cause. Aussi le fœtus peut être mort ou même macéré (observation de Tauffer, Kaltenbach,Pilcher, Delagénière (2 cas), Cameron, Jesseth) ; il y a quelquefois grossesse gémellaire (si toutefois on peut appeler cela une complication) et ce sont les cas d'Elischer et de Mérédith ; parfois on a constaté de l'hydramnios (Kaschkaroff), de la péritonite (Vautrin), de la rétention d'urine (Ricketh), mais ces complications s'accompagnent toujours de symptômes généraux graves.

Hémorragie. — L'hémorragie a pu, dans quelques cas, indiquer formellement l'intervention ; c'est ainsi que Ricard, en 1895, s'est cru autorisé à extirper l'utérus, devant l'impossibilité d'énucléer la tumeur. Il est bon de rappeler ici que c'est l'*insertion vicieuse* du placenta qui détermine d'ordinaire ces hémorragies.

Symptômes généraux graves : partout ils existent, mais, chez quelques malades, ils prennent une intensité toute particulière, et l'on trouve soulignés l'amaigrissement rapide, les douleurs intolérables, les vomissements répétés, l'albuminurie, l'anémie extrême, la cachexie même dans les observations de Monprofit, Demons, Chénieux (2 cas), Doléris, Stehman, Ricketto, Mérédith, Brindeau, etc., etc. Nous rapportons d'ailleurs ici le cas le plus récent de Chénieux.

Obs. X. — Chénieux (de Limoges), *Congrès français de chirurgie*, 1901, séance du 25 octobre (matin), p. 633-636). — *De certaines complications dans les grossesses avec tumeur utérine ou kyste de l'ovaire ; diagnostic, conduite à tenir.*

La malade âgée de 23 ans, avait un enfant. Elle ne se croyait pas enceinte, malgré le volume du ventre, sur lequel les douleurs ressenties venaient d'appeler son attention. Le col très haut situé, à peine accessible au toucher présentait un vague ramollissement ; les seins n'accusaient pas de développement manifeste. L'absence des règles depuis trois mois et demi était le symptôme le plus probant en faveur d'une grossesse. On ne pouvait du reste, percevoir par la palpation et le toucher les contours de l'utérus, englobé de tout côté par une tumeur occupant le bassin et l'abdomen.

Le malaise et les douleurs ressenties créant une situation plus grave de jour en jour, je suis intervenu par l'hystérectomie abdominale totale en 1900, où j'ai eu un succès.

J'ai trouvé dans ce cas un fibro-myome très volumineux entourant presque de toutes parts l'utérus qui renfermait un embryon de trois mois et quelques jours. A l'examen des pièces anatomiques, il était aisé de comprendre que l'utérus ne pouvait plus se développer, et c'est cette *incarcération*, difficile, sinon impossible à constater avant l'opération qui avait amené les troubles fâcheux dont j'ai parlé. *C'est donc sur ces signes*, qui éclatent et se manifestent quand l'utérus emprisonné ne trouve plus de place, que l'on pourra, en dehors des signes physiques parfois insuffisants ou difficiles à constater, fonder un diagnostic rationnel.

Grossesse ignorée. — Parfois aussi la grossesse passe inaperçue, parce qu'elle est masquée par la tumeur ; dans ces observations, l'utérus a été enlevé sans que l'on ait soupçonné la grossesse et c'est à l'examen de la pièce que l'on a reconnu la gravidité. Nous pouvons signaler dans cet ordre d'idées, les cas de Barnes (1874), d'Alexandre Paterson, de Freund, d'Hofmeier, de Granville Bantock ; ou bien le *diagnostic est très difficile* ; c'est ainsi que dans le cas de Brindeau, que nous rapportons ci-après, le

fibrome sous-hépatique en avait imposé pour un kyste hydatique du foie.

Obs. XI. — A. Brindeau, *Soc. Obst. de Paris*, 23 avril 1903. *Fibrome gravidique* (présentation de la pièce anatomique).

Il s'agit d'une primipare de 32 ans qui vint consulter à la Maternité de Saint-Antoine sur les conseils de son médecin qui avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. Rien de particulier à noter du côté de ses ascendants. Pendant toute sa jeunesse elle a présenté une interminable suppuration otique, probablement consécutive à la rougeole, ainsi qu'une conjonctivito-kératite, qui a laissé des traces ; actuellement elle a un certain degré de surdité qui rend l'interrogation difficile.

La menstruation s'est établie à 16 ans seulement et très irrégulièrement. Ses règles duraient à peine deux à trois jours, chaque fois, étaient très peu abondantes, et s'accompagnaient de douleurs lombaires violentes et de migraines. De plus, elle a eu de fréquentes suppressions qui duraient jusqu'à trois mois. Aucune maladie sérieuse ne l'a forcée à s'aliter. Mariée, il y a trois ans, elle n'a pas eu de grossesse jusqu'ici.

Depuis un an et demi elle s'est aperçue que son ventre grossissait, qu'il était très tendu, uniformément, sans déformation apparente. Cependant depuis ce temps ses règles ne se sont pas supprimées, elle n'a pas eu non plus de métrorragies. Aussi ne s'est-elle pas inquiétée de cet état jusqu'au jour où elle s'est vue enceinte. *Dernières règles le* 15 *octobre* 1902.

Au bout de deux mois elle va consulter une sage-femme qui, vu le développement de l'abdomen, lui dit qu'elle est enceinte de cinq mois. Un mois après, le volume de l'utérus (?) n'a pas augmenté, mais des signes fonctionnels font leur apparition. Les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, devinrent de plus en plus fréquents. Vers la fin de février, ils revenaient périodiquement après une longue période douloureuse et procuraient à la malade un grand soulagement. Une constipation opiniâtre s'établit en même temps. Enfin fréquemment elle était prise de douleurs aiguës dans l'abdomen, s'irradiant dans les membres inférieurs avec tendance à la syncope.

Un médecin consulté fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et lui conseille d'entrer à la Maternité. Au premier examen on s'aperçoit que l'abdomen de la malade est très déformé ; il semble que le foie fait sail-

lie et repousse les fausses côtes en avant, la palpation ne fait que confirmer cette opinion ; on sent à droite une masse consistante qui déforme la cage thoracique de ce côté et déborde même la ligne médiane. Sous cette masse existe une zone de sonorité et plus bas on sent une seconde tumeur, qui paraît être l'utérus gravide (grossesse de 4 mois environ). Les deux tumeurs hépatiques et utérines semblent bien indépendantes. La tumeur formée par l'utérus a d'ailleurs des variations de consistance qui cadrent bien avec l'idée d'un utérus gravide. Au toucher, le col est ramolli. On n'entend pas de bruits du cœur fœtal.

La malade ne présente pas de signes permettant de diagnostiquer une lésion parenchymateuse du foie (pas d'ictère, pas d'ascite, ni circulation collatérale, rate normale, etc.). Rien ne permet de diagnostiquer une cirrhose hypertrophique ; on s'arrête au diagnostic de *kyste hydatique du foie* chez une femme enceinte de 4 mois environ. Ce diagnostic est du reste celui de M. Bar qui a bien voulu examiner la malade. Mais les phénomènes de compression augmentent. La malade a de la dyspnée, les vomissements sont plus fréquents, les urines deviennent rares, très hautes en couleur et albumineuses (1 gramme d'albumine par litre), elles contiennent une notable proportion d'urobiline.

Les phénomènes ne s'amendant pas par le régime lacté et le repos au lit, on décide une intervention. Anesthésie chloroformique. Une incision médiane est pratiquée à partir de l'appendice xiphoïde ; l'épiploon étant refoulé, on découvre une tumeur lisse, très vascularisée, de consistance élastique. Le doigt insinué en haut, reconnaît qu'elle ne fait pas corps avec le foie. Celui-ci est refoulé en arrière sous les fausses côtes. La tumeur descend au contraire vers le bassin. On prolonge l'incision en bas, et on reconnaît alors que les deux masses hépatiques et utérines à la palpation se continuent. On fait basculer la tumeur au dehors : il semble que ce soit un kyste coiffant l'utérus gravide. Un trocart est enfoncé, il pénètre avec beaucoup de peine dans un tissu massif absolument plein. La malade est alors placée en position de Trendelenburg et l'on fait une hystérectomie subtotale (procédé américain) après hémostase, suture séro-séreuse et toilette du péritoine ; on referme la paroi abdominale en laissant un très gros drain. La malade est restée une heure 1/4 sous le chloroforme.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent très simples ; dès

le lendemain les urines deviennent plus abondantes. Les vomissements cessèrent, etc., etc. L'obstacle à la circulation rénale étant levé, les urines devinrent claires. Le 10 mars, il n'y a plus que des traces d'albumine. Le 14, il n'y a plus d'albumine. Le 15, pas d'albumine. La malade émet 1.700 grammes d'urine, on cesse le régime lacté. Les fils sont enlevés le 20 mars.

La tumeur est constituée par un volumineux fibrome du fond de l'utérus avec large pédicule. Le tout pèse 8 kilogrammes. Les dimensions sont les suivantes : hauteur totale 34 centimètres, largeur maxima 23, circonférence maxima 61 centimètres. A la coupe, on voit que le placenta s'insérait sur le pont de tissu utérin qui séparait l'œuf du fibrome. Le placenta, gêné dans son développement, présente une bordure manifeste.

Le moment de l'intervention.

De la lecture de nos observations, de l'étude attentive des tableaux que nous avons donnés, il résulte que le moment de l'intervention dans les fibromes compliquant la grossesse est excessivement variable : c'est après le premier mois et c'est au cours du 6e mois, c'est aussi pendant les 4e et 5e mois ; mais la plus grande fréquence est certainement au cours des 2e et 3e mois ; et ceci se comprend très bien.

Au cours du premier mois de la grossesse sans doute les phénomènes sympathiques existent déjà et la femme, selon l'expression populaire, se sent tout autre, mais le volume de l'utérus n'est pas suffisamment accru, son développement interstitiel n'est pas assez considérable pour ajouter aux phénomènes de compression produits par le fibrome ou pour influer sur l'accroissement de celui-ci.

De plus les phénomènes de marche rapide de ces tumeurs, les symptômes de réaction péritonéale, les signes de compression ne commencent à être bien marqués qu'au delà du 2e mois.

Enfin au point de vue chirurgical, l'opération est plus simple, plus rapidement menée à cette époque, et au point de vue obstétrical, l'avortement est moins à redouter.

Toutes ces raisons militent, dans les cas exceptionnels où il y a indication, en faveur d'une intervention prompte et conservatrice, dès le début de la grossesse, dès le 2e ou le 3e mois.

De la rareté de l'intervention dans les fibromes au cours de la grossesse.

Nous avons vu d'autre part et suffisamment étudié toutes les complications que peuvent produire les fibromes au cours de la grossesse.

Nous avons analysé, au cours de l'exposé de chacune des opérations, les indications impérieuses dictant l'intervention.

Enfin nous avons décrit et résumé en tableaux le plus grand nombre de ces interventions.

Il semblerait donc que le pronostic du fibrome au cours de la grossesse fût très grave et qu'il obligeât le chirurgien à opérer fréquemment,

Il n'en est rien.

Nous avons en effet déjà dit et redit que *les indications de l'intervention étaient exceptionnelles*, — et il ne faut pas faire fond — pour s'inscrire en faux contre cette affirmation — sur des statistiques faites d'observations éparses ; pour avoir une idée nette, une notion précise de la fréquence des indications opératoires dans les fibromes au cours de la grossesse, il faut prendre des statistiques individuelles, où tous les cas de fibromes avec ou sans intervention sont relatés.

Voici par exemple la statistique du professeur Schrœder publiée par Stratz :

Sur 20.000 accouchements avant 1886, 12 cas de fibromes avec intervention pendant la grossesse.

Depuis 1886 jusqu'en 1905, 68 cas de fibromes avec intervention dans *un* seul cas.

Mais la statistique du professeur Pinard est encore plus probante :

Sur 21.891 femmes accouchées à la clinique Baudelocque depuis le 1er janvier 1895 au 31 décembre 1904, on a noté l'existence de fibromyomes de l'utérus 171 fois et jamais on n'a dû intervenir pendant la grossesse ; comme nous le verrons dans le chapitre II, on est intervenu 35 fois au cours du travail, et il ne s'est agi que d'interventions obstétricales.

Nous devons donc accepter pleinement les conclusions du professeur Pinard :

Pendant la grossesse compliquée de fibrome, l'intervention opératoire est exceptionnelle et l'expectation doit être la règle.

Les accidents causés par les fibromyomes pendant la grossesse sont très rares et quel que soit leur volume, le plus souvent la grossesse évolue jusqu'à terme.

Quand cependant des phénomènes de compression des accidents graves se montrent, assurément la laparotomie s'impose et, dans quelques cas, la myomectomie peut faire disparaître ces accidents sans interrompre la grossesse.

Seule une évolution du fibromyome vers la tumeur maligne, des symptômes péritonéaux ou de compression alarmants, peuvent constituer d'emblée une indication d'hystérectomie totale au cours de la grossesse.

CHAPITRE II

FIBROMES ET TRAVAIL

Au cours du travail, les fibromes peuvent donner lieu à des accidents.

Les fibromes peuvent, on le conçoit facilement, modifier la position du fœtus dans l'utérus et influer sur la présentation.

L'accouchement normal, idéal, comporte la présentation du sommet ; or d'après les statistiques déjà publiées et d'après celles du professeur Pinard que nous donnons dans un chapitre ultérieur, il semble qu'il y ait *accommodation défectueuse.*

La statistique de Tarnier comporte 22 cas, 9 fois il y avait présentation du siège et 13 fois présentation céphalique, ce qui donne comme pourcentage :

P. C.	65 0/0
P. S.	35 0/0

Toloczinow a rassemblé 48 cas qui donnent :

P. C.	59 0/0
P. S.	22, 5 0/0
P. Tronc	17, 5 0/0

La statistique de Nauss permet de constater pour 86 cas :

P. C.	53 0/0
P. S.	23 0/0
P. Tronc	21 0/0

Celle de Lefour qui comporte le plus grand nombre de cas (102) donne :

P. C.	51 0/0
P. S.	32 0/0
P. Tronc	17 0/0

Voici les chiffres de la clinique Baudelocque pendant l'année 1904 : Sur 1.574 accouchements on a constaté 27 cas de fibromes, et on trouve notées 4 présentations du siège ; pendant l'année 1905 ; on a constaté 39 cas de fibromes et l'on trouve notées 2 présentations du siège et une présentation de l'épaule ; en 1906 enfin on ne constate qu'un siège sur 24 cas de fibromes. Ce qui nous donne sur 90 cas de fibromes au moment de l'accouchement.

P. C.	90 0/0
P. S.	7,8 0/0
P. Tr.	0,9 0/0

On voit d'après cette étude que nos statistiques ne sont pas si pessimistes que celles de Toloczinow, Nauss et Lefour ; elles tendent à se rapprocher des statistiques générales d'accouchement telles que celles de Ribemont-Dessaignes par exemple qui donnent le pourcentage général suivant :

P. C.	99 0/0
P. S.	0,7 0/0
P. Tr.	0,3 0/0

C'est que les résultats que nous donnons ont une valeur absolue ; ils portent sur le nombre total des cas de fibromes constatés par l'accoucheur au moment du travail, tandis que dans les statistiques de Lefour, par exemple, on n'a tenu compte que des cas difficiles entraînant une dystocie.

Quels sont donc les fibromes qui pourront ainsi gêner l'accommodation ? Les petits fibromes du corps, les fibromes sous-péritonéaux et ceux du col ne pourront guère influer sur la présentation.

Il en est tout *autrement des fibromes de l'isthme et du segment* inférieur. Cette région va former le plancher en entonnoir de l'utérus sur lequel la tête viendra appuyer dès le septième mois. Qu'il soit modifié par la présence de masses fibreuses, il ne pourra guère se développer et, même en se développant, déformé par

une masse fibromateuse en arrière ou sur les côtés, il présentera une forme qui s'adaptera mieux au coin formé par la région pelvienne et la tête glissera alors dans une des fosses iliaques. Mais c'est surtout en déterminant l'insertion vicieuse du placenta que ce fibrome agit sur l'accommodation. L'insertion vicieuse est la cause immédiate et le fibrome la cause médiate.

Nous allons voir ci-dessous la fréquence de cette insertion vicieuse.

La présence d'un fibrome sur la paroi de l'utérus est, on le sait, une cause d'insertion vicieuse du placenta : les statistiques de la clinique Baudelocque nous permettent de vérifier ici l'exactitude de nos affirmations.

Nous trouvons en effet sur un ensemble de 63 fibromes observés à la clinique Baudelocque pendant les années 1905 et 1906, seize insertions vicieuses du cordon sur placenta inséré bas.

On sait d'autre part que *l'insertion vicieuse du placenta* explique, au moins dans une certaine mesure, les *hémorragies* du travail et aussi les *ruptures prématurées ou précoces* des membranes, que nous trouvons constatées 34 fois et qui peuvent être une cause d'infections très graves, comme la physométrie (voir tableaux).

Le fibrome peut aussi modifier le rythme, l'intensité, la force des contractions utérines. Si l'on suppose en effet que la cavité péritonéale soit en partie remplie par un gros fibrome sous-péritonéal, l'utérus, au point d'attache de cette masse fibreuse, présentera un point indifférent d'une importance plus ou moins considérable. La contraction perdra en énergie, l'utérus pourra s'épuiser parce qu'il agira d'une façon inefficace et après un stade de contractions subintrantes et de tétanisation, on pourra voir s'installer l'inertie. C'est un fait acquis que l'utérus fibromateux se contracte mal.

« Pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle sérieux à l'ac-

couchement, a dit Tarnier, il faut qu'il soit descendu dans l'excavation ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut de plus qu'il ait un certain volume que j'estime très arbitrairement, je l'avoue, à celui d'un œuf de poule. » Mais il faut bien savoir que la dystocie n'est pas en raison directe de la grosseur du fibrome, car celui-ci, dans bien des cas, s'étale, remonte s'il dépend du segment inférieur ou bien est repoussé par la tête fœtale à travers la filière pelvienne s'il dépend du col.

Cependant il nous faut faire remarquer que dans certains cas *excessivement rares* heureusement, le fibrome peut empêcher totalement l'accouchement et si celui-ci ne se termine pas par une intervention, la mère et l'enfant peuvent mourir (Hall, Charpentier, etc.).

Un accident très grave, qui a lieu quelquefois, est la rupture utérine, causée surtout par les fibromes du segment inférieur situés dans la zone antérieure : il faudra en effet, au moment des contractions que la portion lamellaire de l'utérus, qui est déjà si mal constitué à ce niveau, s'amincisse encore davantage et on comprendra dès lors combien pourront être faciles les déchirures utérines.

Enfin la délivrance n'est guère modifiée par l'existence des fibromes utérins lorsque le placenta est bien inséré. Cependant on constate généralement une certaine paresse de l'organe qui, gêné par la présence de cette masse néoplasique ne donne pas avec toute la rapidité désirable le *globe de sûreté* qui tranquillise l'accoucheur ; la délivrance doit être faite avec le plus grand soin, afin d'éviter la rétention des membranes. Si l'écoulement sanguin est très abondant, il faut pratiquer la délivrance artificielle et instituer le traitement des hémorragies graves. Ribemont-Dessaignes et Lepage ont observé, en 1897, à la Maternité de Beaujon, une femme dont l'utérus était farci de fibromes ; après la délivrance artificielle et le tamponnement, un suintement san-

guin persista : la femme mourut. A l'autopsie on trouva à la surface interne de l'utérus des orifices béants de vaisseaux : le tissu musculaire était tellement altéré par la dégénérescence fibromateuse qu'il n'avait pu obturer les vaisseaux.

La présentation du placenta est modifiée, parfois il se présente par son bord ; il peut y avoir des hémorragies (cas de Doléris) ; enfin la rétention placentaire est quelquefois observée, ce dont on peut se rendre compte en compulsant les tableaux du professeur Pinard que l'on trouvera à la fin de ce chapitre.

Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que le plus souvent le fibrome ne donne lieu à aucune complication au moment du travail, ainsi qu'en fait foi la statistique du professeur Pinard que nous donnons plus loin — et même, de gros fibromes de l'excavation, qu'on croirait susceptibles de déterminer une dystocie fibreuse grave, peuvent subir un mouvement ascensionnel, comme par exemple pour le cas ci-dessous.

Obs. XII (inédite). — (Clinique Baudelocque, 1907, n° 840).

En 1896, R..., 32 ans, primipare, vient à la clinique Baudelocque et accouche dans d'excellentes conditions d'un petit prématuré ; son utérus est fibromateux.

En 1902, nouvelle grossesse, avortement au 2e mois.

En 1905, nouvelle grossesse, avortement au 3e mois.

En 1906, quatrième grossesse. Cette femme vient consulter le professeur Pinard, après 15 jours de retard. L'utérus était développé normalement à gauche, mais à droite, il existait une grosse tumeur dure.

Le professeur Pinard conseilla le repos absolu, imposa le lit à part et surveilla la malade tous les mois.

Au 6e mois, rien n'était modifié, cependant la tumeur était plus molle.

Au 8e mois, elle commençait à s'effacer et à subir un mouvement ascensionnel très marqué.

L'accouchement eut lieu à terme ; l'enfant pesant 3 kilogs se présenta par le sommet et le travail dura 3 heures environ.

18 jours après l'accouchement, le professeur Pinard réexamine la

malade et a la joie de constater que le volume de son fibrome a diminué notablement, qu'il est en voie de régression.

De notre étude de l'influence des fibromes sur l'accouchement, il ressort que de véritables complications peuvent être créées de par la présence de ces néoplasies, et on pourrait penser que ces tumeurs imposent souvent une intervention chirurgicale au cours du travail.

De même que les interventions sont très rares au cours de la grossesse, de même elles sont rares au cours du travail. — Nous développerons d'ailleurs ce point particulier dans un chapitre spécial.

Sans doute, comme on le verra dans nos statistiques de la clinique Baudelocque, on a dû parfois intervenir, mais ces opérations d'urgence se sont limitées à des applications de forceps, à des délivrances artificielles, à des interventions d'obstétrique journalière.

Il n'en est pas moins vrai que dans certains cas, *d'ailleurs presque exceptionnels*, on est obligé de faire œuvre chirurgicale, parce que certains symptômes prennent une telle importance qu'ils deviennent de véritables complications, tels les phénomènes d'enclavement, l'excès de volume de la tumeur, l'obstruction complète par le fibrome adhérent, l'hémorragie.

Selon les cas alors, on pratiquera des opérations conservatrices par voie vaginale ou abdominale, ou des opérations mutilatrices. Nous allons passer ces opérations en revue.

Opérations conservatrices.

a) **Polypectomie vaginale.** — Au moment de l'accouchement, un pédicule de polype peut être forcé, se rompre et la tumeur

peut être expulsée au devant de la tête fœtale (Levret, Dubois, Depaul, Demarquay, Saint-Vel, etc.).

Déjà depuis longtemps, on a essayé de pratiquer, au moment de l'accouchement, la section du pédicule (Michelacci, 1791 ; Bell, 1820, etc.).

Depuis les cas se sont multipliés et ne présentent plus d'intérêt.

b) **Myomectomie vaginale.** — En 1870, Braxton Hicks fait la myomo-énucléation par voie vaginale ; en 1884, J. Farrant-Fry intervient par cette voie, pour un gros fibrome de la lèvre antérieure du col ; W. Day, B. O. Ourviez en rapportent des cas ; Mundé possède à lui seul 16 observations et nous trouvons ensuite ces malades dans Calderini, Fochier et Nodet, Valin.

Il sera bon, aussitôt après cette intervention, de pratiquer une application de forceps. Il est évident que cette opération ne peut être faite que pour des fibromes du col.

c) **Polypectomie et myomectomie abdominale.** — L'énucléation abdominale n'a que bien rarement sa raison d'être au moment de l'accouchement. Elle peut seulement être pratiquée comme complément d'une césarienne entreprise pour fibromes dystociques. Sur le nombre relativement assez considérable de césariennes pour fibro-myomes, on n'a fait que très peu de myomectomies complémentaires ; ainsi Bouilly et Picqué ont fait la césarienne en laissant à la malade sa tumeur : il est vrai que Bouilly chercha à enrayer son développement en enlevant les ovaires. Cependant nous pouvons citer l'observation de Monprofit qui, après une césarienne, enleva un fibrome situé sur la paroi postérieure de l'utérus qui fut conservé.

d) **Césarienne conservatrice.** — S'il y a dystocie absolue par obstruction pelvienne, que faut-il faire ?

La situation, ainsi que l'a fait remarquer Dartigues, ne manque pas d'analogie avec celle des rétrécissements du bassin, cepen-

dant avec cette différence que le rétrécissement fibreux est, dans la plupart des cas, plus ou moins extensible.

Il faut lever l'obstacle.

Dans beaucoup de cas, la tumeur peut remonter et s'effacer et l'accouchement se fait alors tout seul.

Dans un certain nombre d'observations relativement rares d'ailleurs, on a dû aider la parturiente.

C'est ainsi qu'on a été amené à pratiquer la latéro-pulsion ou la rétro-pulsion de la tumeur en dehors de l'excavation, suivie d'une version ; toutefois il faut être averti, comme le dit Türner, que les fibromes empiétant à la fois sur le col et sur le segment inférieur ne peuvent guère se déplacer, retenus qu'ils sont par le cadre que leur forme jusqu'à un certain degré la base des ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés et vésico-utérins.

On fait quelquefois *la dilatation* au moyen des ballons de Barnes ou de Champetier de Ribes ou même la dilatation manuelle suivie ou non d'une application de forceps, mais cette manœuvre est souvent impuissante dans les cas où le fibrome enserre le segment inférieur.

On a même pratiqué *la symphyséotomie*. Nous connaissons les cas de Novi, Maygrier, Rein et Lepage ; l'observation de ce dernier auteur est particulièrement intéressante ; d'ailleurs la question a été plusieurs fois mise à l'ordre du jour des sociétés savantes et notamment en 1897, à la Société obstétricale de France, où Maygrier et Charpentier ne lui ont pas été défavorables. Cependant, ainsi que l'a dit Varnier, au Congrès de Moscou, la symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux et il est dangereux d'y recourir dans le but d'aider la dilatation des parties molles.

On a encore essayé la *césarienne vaginale* de Duhrssen, mais cette opération donne énormément de sang et d'Alessandro qui rapporte une série de 15 cas donne une mortalité maternelle de 18.7 0/0 et une mortalité fœtale de 62 0/0 ; cependant Read l'a

pratiquée une fois, dans de bonnes conditions, chez une parturiente dont le col ne cédait pas, la tête engagée.

Enfin on s'est adressé à la *césarienne abdominale conservatrice* : Cazin, Saüger, Kirchleimer, Wertheim l'ont faite ainsi que Olshausen, Léopold, Zweifel ; les résultats sont contradictoires, cependant la mortalité maternelle tend à ne plus être que de 5,8 0/0 et la mortalité fœtale de 10 0/0 ; il semble donc que cette opération doive reconquérir une notoriété perdue, car, comme l'a dit justement le professeur Pinard, une femme saine ayant un œuf sain, bien opérée, ne doit pas mourir de laparo-hystérectomie ou opération césarienne.

Nous devons toutefois faire remarquer que cette intervention n'a sa raison d'être que si elle est complétée par l'ablation de la tumeur (cas de Monprofit).

Il est bien entendu que nous souvenant du précepte inscrit au frontispice de l'amphithéâtre de Baudelocque : « *L'Embryotomie sur l'enfant vivant a vécu* », nous ne parlons pas de la basiotripsie de l'embryotomie, de l'éviscération, de la cléidotomie qui ne pourront être utilisées que si le fœtus est mort et encore dans ce cas-là, on a, dans ces dernières années, extirpé, en même temps, annexes, utérus et contenu fœtal.

Opérations mutilatrices.

a) **Opération de Porro.** — C'est à partir de 1872 que Porro préconisa l'opération qui porte son nom, et qui consiste, comme on sait, à amputer l'utérus et à fixer le moignon au niveau de l'orifice inférieur de la plaie. Cette opération fut pratiquée de nombreuses fois jusqu'en ces dernières années, non seulement par des accoucheurs, mais par des chirurgiens ; elle tend de plus en plus à être abandonnée.

Depuis 1890, nous en avons trouvé dans la littérature 18 cas, où l'on est intervenu pour dystocie par fibrome. Nous donnons

ci-après le tableau de ces 18 observations où nous voyons 1 mort maternelle et 3 morts fœtales, soit 6 0/0 et 18 0/0.

TABLEAU V. — **Opération de Porro.**

OPÉRATEURS.	DATE ET BIBLIOGRAPHIE	OBSERVATION.	RÉSULTATS	
			MÈRE	ENFANT
1. Von Ott . .	1890 in *Vratch*, 1891, n° 8, 221.	Gros fibrome de la portion sus-vaginale.	G.	G.
2. Price. . . .	1891 *Trans. Coll. Phys.*, 1891, 3 s., 118.	. . . . .	G.	Enfant mort
3. Delagénière	1892 *C. R. Congrès de Bruxelles*, p. 586.	Fibrome enclavé.	G.	G.
4. Black. . . .	1892 in thèse de TURNER	1 semaine avant terme.	G.	G.
5. Hermann. .	1893 *N. Y. J. of. Gyn.*, III. 484.	Fibrome de la paroi postérieure.	G.	Enfant putréfié
6. Mayo Robson	1893 in thèse de TURNER.	. . . . .	G.	G.
7. Fernandez.	1893 *Arch. de Tocologie*, p. 92.	Fibrome pelvien et gros fibromes sous-péritonéaux	G.	Enfant déjà mort et procédure de Corder
8. Kelly. . . .	1894 *J. Hopk. Hosp. Bull.*, vol. 80.	. . . . .	G.	M.
9. Elder. . . .	1895 *Med. Press.*, p. 572.	. . . . .	G.	G.
10. Mayo W. .	1896 *Ann. J. of Obst.*, p. 54.	. . . . .	G.	G.
11. Spencer . .	1896 in thèse de TURNER.	Grosse tumeur pelvienne.	G.	G.
12. Wordin . .	1896 *Yole med. J.*, II, 225.	. . . . .	G.	M.
13. Douglas . .	1896 *J. Am. Med. Assoc.*, 906.	. . . . .	G.	G.
14. Pollosson .	1896 *Soc. Obst. de France*, 9 avril.	Fibrome enclavé.	G.	G.
15. Adenot. . .		. . . . .	G.	G.
16. Doléris . . .	1899 in thèse de TURNER.	»	G.	M.
17. Lepage . . .	1900 *Soc. d'obst., gyn. et péd., Bull.*, p. 62.	Hémorragie.	G.	G.
18. Segond. . .	1902 (*inédite*). Statistique de Baudelocque.	Fibrome du segment inférieur remplissant l'excavation.	G.	Enfant déjà mort.

Dans ces 18 cas l'indication de l'intervention a été la *grosseur de la tumeur* rendant tout accouchement impossible (cas de von Ott, Price, Black, Hermann, Mayo Robson, Fernandez, Kelly, Elder, Doléris, Segond), *l'enclavement du fibrome* (Delagénière, Polosson), et enfin l'*hémorragie* menaçante liée à une insertion basse du placenta (Lepage).

Nous donnons ci-après les cas typiques de Segond (*inédit*, avec deux figures où l'on saisit bien les particularités intéressantes de la néoplasie), de Lepage, et de Delagénière.

Obs. XIII (inédite). — M. le professeur Segond. — *Fibrome du segment inférieur, remplissant l'excavation. — Opération de Porro* (Statistique de Baudelocque, 1902, n° 1995).

Le 26 décembre 1902, à 10 heures du matin, entrait à la clinique Baudelocque une femme de 27 ans, primipare, enceinte, environ 8 mois 1/2, ayant perdu les eaux le 23 décembre, une longue anse de cordon sans battements hors de la vulve.

Aucun antécédent pathologique héréditaire, ni personnel.

Réglée à 15 ans et toujours régulièremeni elle se marie à 25 ans et ne devient enceinte qu'à 27.

Les dernières règles datent du 20 au 25 mars. La grossesse a évolué d'une façon régulière sans le moindre incident. Depuis le 5e mois elle se repose et cesse de piquer à la machine. Dernier rapport 10 jours avan son entrée.

Le 23 décembre, à 11 heures du soir, rupture prématurée des membranes. Une sage-femme appelée le lendemain lui conseille de rester au lit.

Le 25 au matin elle se lève et c'est à ce moment qu'elle s'aperçoit qu'une anse de cordon lui pend entre les jambes. La sage-femme est rappelée, elle aurait tenté de rétropulser le cordon, mais en vain. Un médecin immédiatement appelé refoule le cordon, tamponne le vagin et revient le 26 au matin constater que derrière le tampon le cordon est toujours dans le vagin.

C'est alors seulement qu'on se décide à envoyer cette femme à la clinique où les constatations suivantes sont faites par M. Couvelaire.

Hauteur de l'utérus 32 centimétres. La paroi utérine est rétractée sur le fœtus dont le siège est en bas à cheval sur l'aire du détroit supérieur et sur la fosse iliaque.

Par le toucher on atteint, en remontant le long du cordon déjà infiltré, le col dont l'orifice est reporté en arrière et à gauche. A droite, paraissant faire corps avec le segment inférieur de l'utérus, proémine une tumeur de consistance ferme, régulière, dont les limites supérieures ne peuvent être déterminées nettement.

Il n'y a pas de contractions utérines douloureuses.

L'enfant est mort.

La température est de 37°2. Le pouls est à 108.

Un ballon de Champetier de Ribes, d'une contenance de 400 grammes, est placé dans le vagin puis retiré au bout de 2 heures.

L'examen pratiqué à ce moment montre que la tumeur est restée en place et ses connexions avec le segment inférieur de l'utérus sont nettement perçues.

Sur le conseil de M. Pinard, un ballon de Champetier, d'une contenance de 250 grammes, est introduit dans l'utérus par M. Couvelaire. Ce ballon est placé dans le but de provoquer le travail et de juger si la dilatation produite d'une part, le déplacement possible de la tumeur d'autre part, peuvent permettre une extraction par les voies naturelles.

Le ballon a été placé à 8 heures du soir.

A 9 heures. Temp. 38°3. Pouls 123.

A 10 h. 15, apparitions des contractions utérines douloureuses.

Le 27, à 1 heure du matin. Temp. 38°2. Pouls 144.

A 3 » » Les contractions cessent.

A 5 » » Temp. 38°5. Pouls 153.

A 8 h. 1/2 » Temp. 37°8. Pouls 150.

A 10 heures, M. Pinard extrait le ballon tombé dans le vagin. A ce moment l'examen pratiqué après cathétérisme de la vessie permet de faire les constatations suivantes :

L'utérus n'est plus comme la veille longitudinal et fortement rétracté. La forme du ventre qui la veille n'était en rien différente de celle d'une primipare gravide au voisinage du terme s'est modifiée.

On voit et on sent l'utérus gravide moulé sur le fœtus dont le siège est dans la fosse iliaque gauche et la tête dans l'hypocondre droit.

Au-dessous et à droite, surplombant de 4 travers de doigt l'aire du

FIG. 1 (Réduction 1/2).

Aspect de l'utérus extirpé, après l'ablation de la tumeur (F). Hauteur, 0,16 cm. Largeur (jusqu'aux trompes), 0,14 cm.

C. Col de l'utérus.
CA. Cavité où était enclavé le fibrome.
T. T. Trompes.

FIG. 2 (Réduction 1/2.

Fibrome (F) enlevé de la cavité (CA) du segment inférieur de l'utérus. Hauteur 0.105 mm. Largeur 0,14 cm.

FIG. 3 (Réduction 2/3).

Coupe longitudinale de l'utérus fibromateux montrant la cavité d'enclavement de la tumeur sur le segment inférieur. Hauteur, 0,16 cm. Largeur, 0,085 mm.

C. Col de l'utérus.

CA. Cavité d'enclavement de la tumeur au niveau du segment inférieur.

U. Corps de l'utérus montrant dans son centre la cavité utérine (CU).

détroit supérieur, occupant la presque totalité de l'aire de ce détroit, fait saillie une tumeur régulière de consistance ferme.

Par le toucher M. Pinard reconnaît qu'elle obstrue complètement le bassin et qu'elle ne saurait permettre l'extraction par les voies naturelles.

Dans ces conditions, il décide de pratiquer l'extraction du fœtus par la voie abdominale et l'amputation de l'utérus en se comportant vis-à-vis de la tumeur suivant les circonstances. M. Segond, immédiatement prévenu, arrive à 1 heure de l'après-midi et après examen de la femme pratique la laparotomie. L'état général de la femme est à ce moment assez mauvais, le teint est plombé. le pouls à 158, la température n'étant que de 37°8, le fonds de l'utérus est sonore.

Laparotomie sous chloroforme, avec l'assistance de M. Couvelaire.

Incision médiane permettant de luxer l'utérus hors du ventre.

Fermeture provisoire du ventre au moyen d'une pince à kystes adossant les deux lèvres de l'incision au voisinage de l'ombilic.

Incision de l'utérus (fond et face antérieure) au travers de laquelle sortent des gaz fétides puis le fœtus et le placenta exprimés par la main empaumant la face pelvienne de l'utérus. Le contenu de l'utérus a été recueilli sur un champ placé sur le pubis et les cuisses de la femme.

M. Segond se rendit compte alors de la situation et des connexions de la tumeur. C'est un fibrome intramural du segment inférieur. Il l'attaque par la brèche utérine et, le saisissant avec une forte pince, l'énuclée.

Un lien élastique est alors placé de façon à constituer un pédicule. Ce pédicule comprenant le canal utérin et la partie inférieure borgne de la loge du fibrome.

Fermeture en un plan de la paroi abdominale. Amputation de l'utérus au thermocautère. Pansement à la gaze iodoformée après toilette du moignon. Durée totale de l'intervention 30 minutes.

Le fibrome énucléé pèse 760 grammes, il est à peu près sphérique (diamètres 12 et 13 cent.). Placenta : 720 grammes. Enfant : 3.210 gr. (1).

(1) Nous tenons à remercier ici M. le Dr Couvelaire, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, qui a bien voulu nous prêter les pièces de cette observation, et M. le Dr Cazeaux, chef de laboratoire de la clinique Baudelocque, qui a mit toute sa parfaite obligeance à nous faciliter l'exécution de ces clichés.

Obs. XIV. — M. le professeur agrégé Lepage, *Soc. obst., gyn. et péd.*, 1900, p. 62. — *Grossesse à terme dans un utérus fibromateux. — Hémorragie grave liée à une insertion basse du placenta. — Opération de Porro. — Guérison. — Enfant vivant.*

Le 30 mars 1899 se présentait dans mon cabinet une secondipare, mariée depuis quelques années seulement et ayant dépassé la quarantaine ; c'est une femme de grande taille, paraissant de bonne santé habituelle. Elle me demandait de l'assister au moment de son accouchement, en me disant que le premier accouchement avait été terminé artificiellement et que l'enfant était mort plusieurs jours avant l'accouchement, à la suite d'hémorragies répétées.

Cette femme était enceinte de cinq mois environ, les dernières règles avaient eu lieu du 26 au 29 octobre 1898.

Les mouvements actifs de l'enfant avaient été perçus le 12 mars 1899.

Cette dame me raconta qu'elle avait récemment consulté un gynécologiste fort distingué, qui lui avait déclaré que vraisemblablement les difficultés qui avaient existé lors du premier accouchement ne se reproduiraient pas cette fois-ci.

Ce fut également mon impression première, l'excavation étant absolument libre, et l'utérus paraissant régulièrement développé, bien qu'un peu volumineux.

De chaque côté cependant, vers la partie inférieure de l'utérus, surtout du côté gauche, on sentait une induration fibromateuse.

Je revis cette malade à cinq ou six reprises, de la fin de mars à la fin de juillet ; à aucun moment cette femme ne présenta d'albumine dans les urines.

Au fur et à mesure que la grossesse évoluait, il me semblait que les difficultés de l'accouchement seraient de plus en plus sérieuses.

Le 2 mai, par exemple, je constatais que le fœtus était très élevé, en présentation transversale, et en cherchant, par le toucher et le palper combinés, à me rendre compte de l'épaisseur des parties molles qui séparaient mon doigt vaginal du fœtus, je constatais qu'il y avait là une épaisseur tout à fait anormale

Dès le commencement d'avril, j'avais correspondu au sujet de cette malade avec mon excellent ami M. Delagenière, du Mans, qui l'avait assistée lors de son premier accouchement. Il me répondit en m'envoyant une note que je suis heureux de reproduire ici :

« Nous sommes appelé, le 21 mars 1897, dans le département de l'Orne, par nos confrères, MM. C... et B..., auprès d'une dame C..., primipare de quarante ans, qui présentait tous les signes d'un placenta prævia et dont l'accouchement ne pouvait se terminer.

« Le ventre est volumineux et distendu par une masse irrégulière formée par l'utérus gravide. L'enfant ne donne pas signe de vie, et les confrères qui ont soigné la malade, en font remonter la mort à douze jours. Le travail ne s'est pas fait, la malade a eu plusieurs hémorragies, qui ont nécessité des tamponnements du vagin.

« Le col de l'utérus est représenté par une fente antéro-postérieure refoulée à gauche ; une grosse masse dure est sentie dans le bassin, dont elle occupe toute la partie droite.

« Au-dessus de cette masse, par le palper, on sent la tête de l'enfant peu mobile, mais nullement engagée. A la suite de l'examen, pratiqué avec la plus grande prudence, la malade a une hémorragie inquiétante que nous cherchons à arrêter en appliquant dans le col utérin un ballon de Champetier de Ribes, que nous distendons avec force. Le sang s'arrête et nous laissons le ballon deux heures en place. Au bout de ce temps, après avoir décidé l'application du forceps sur la tête, que nous savions où trouver, et après avoir repoussé l'idée de tenter une version, dans la crainte de perdre un temps précieux à la recherche des pieds ou d'amener un accident tel que la rupture de la matrice, nous vidons le ballon : le sang s'écoule immédiatement.

« Nous introduisons rapidement la main dans le col dilaté, puis, avec cette main, nous dirigeons le forceps vers la tête, que nous saisissons. Pendant cette application de forceps, qui n'a demandé que quelques secondes, le sang s'est écoulé en abondance. Toute compression de l'aorte était rendue impossible à cause du volume du ventre. Dès que la tête est saisie, nous l'abaissons fortement, et aussitôt le sang s'arrête.

« Nous cherchons alors à engager la tête dans la fente antéro-postérieure, formée par le segment inférieur de la matrice. Après bien des manœuvres de rotation, rendues difficiles par la nécessité de toujours tirer sur la tête, pour empêcher le sang de couler, nous finissons par engager la tête et par extraire l'enfant.

« Aussitôt après l'accouchement, l'hémorragie se renouvelle, le sang coule à flots, la malade perd connaissance ; introduisant la main dans l'utérus, nous rencontrons le placenta inséré très bas sur la partie latérale gauche du col.

« Nous le décollons rapidement, enlevons tous les caillots contenus dans la matrice, puis faisons une irrigation très chaude (50°) dans la cavité de l'utérus. Pendant ce temps, nous faisons faire une injection de sérum artificiel de 1.500 grammes sous la peau.

« Au bout d'un quart d'heure, la malade retrouve ses sens, mais elle est absolument exsangue. Son utérus s'est contracté, et on trouve alors facilement les tumeurs fibreuses qui le distendent.

« Cette malade s'est rétablie sans autre incident que la formation d'une vaste escarre sèche produite sur la face externe de la cuisse par l'injection de sérum artificiel qui contenait un peu d'acide phénique, suivant la formule de Chéron.

« Nous avons eu l'occasion de la revoir à la fin de l'année 1898. Sa santé est bonne. Cependant son utérus lui paraît augmenter de volume et elle se plaint de troubles de compression du côté de la vessie. »

En même temps que cette note, M. Delagenière m'adressait une lettre dont j'extrais les passages suivants :

« Le premier enfant est mort et la malade a couru elle-même les plus grands dangers. Pour moi, mon opinion est faite ; si je lui donnais mes soins, à la fin du huitième mois de sa grossesse, je lui ferais une césarienne suivie d'une ablation totale. Si le fœtus mourait avant, je lui ferais une hystérectomie totale. »

Ces renseignements m'étaient précieux ; toutefois, je me demandai si mon ami Delagenière ne mettait pas trop facilement sur le compte des fibromes les hémorragies et la mort du fœtus, qui me semblaient beaucoup plutôt résulter d'une insertion vicieuse du placenta coïncidant avec la fibromatose utérine ; je me demandai s'il ne se laissait pas entraîner par les qualités de chirurgien hardi et habile que nous lui connaissons ; j'espérais qu'il y avait quelque chance que cette femme accouchât naturellement, sans intervention chirurgicale. J'eus occasion de causer de cette malade avec le Dr Bouilly, qui l'avait vue dans le courant de mars. Il me déclara qu'il avait, en effet, rassuré la malade sans toutefois pouvoir rien affirmer au sujet de la terminaison de l'accouchement.

Au commencement de juillet l'utérus était très développé ; le fœtus déjà volumineux était en situation transversale, la tête au-dessus de la fosse iliaque droite, le siège répondant à l'hypocondre gauche. Préoccupé de l'issue de cette grossesse, j'exigeai une consultation : la malade

fut alors examinée dans son cabinet par le professeur Pinard, qui déclara qu'il était impossible de formuler un pronostic ; qu'à l'extrême rigueur l'accouchement pourrait se terminer par les voies naturelles, mais qu'on, pouvait être amené à extraire le fœtus par la voie abdominale.

Malgré ces éventualités, la malade ne voulut pas suivre mon conseil et entrer dans une maison de santé, comme devraient le faire plus souvent les femmes enceintes dont l'accouchement peut exiger des opérations sérieuses et urgentes, telle que l'opération césarienne ou même la symphyséotomie.

Dans la nuit du 30 au 31 juillet, Mme X... éprouve quelques légères douleurs et perd du sang en petite quantité vers 4 heures du matin. Je la vois à 8 h. 1/2 du matin, pas de contractions utérines. Le fœtus est toujours très élevé, en position transversale, dos en avant, tête à droite. Par le toucher et le palper combinés, il est impossible aux doigts vaginaux d'atteindre la partie fœtale. Le col est très élevé et l'on sent qu'une masse épaisse de consistance mollasse occupe tout le segment inférieur et empêche la descente de la partie fœtale ; cette masse remonte presque à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse. L'excavation est complètement vide. Malgré l'absence de douleurs, et en me basant sur les examens antérieurs, il me semble difficile que le fœtus puisse traverser sans danger la partie inférieure de l'utérus occupée par des fibromes et probablement par le placenta. Il me semble que la vraie conduite rationnelle est l'opération césarienne, pratiquée avant que la vie de l'enfant n'ait été menacée par des hémorragies semblables à celles qui se sont produites lors du premier accouchement.

A 1 h. 1/2 de l'après-midi, le professeur Pinard vient examiner la malade et conseille d'une manière formelle l'extraction du fœtus par la voie abdominale. L'opération est décidée pour 5 heures du soir, et la malade est transportée vers 4 heures dans une maison de santé voisine. Il y a urgence et il importe de faire diligence pour que la vitalité du fœtus ne soit pas compromise. Elle est prise à son arrivée de contractions assez énergiques et perd du sang en assez grande quantité ; cette hémorragie augmente pendant un bain qui est donné comme mesure de désinfection.

L'hémorragie continue abondante alors même que la femme est sortie du bain. Le vagin est rempli de caillots volumineux et les bruits du cœur fœtal sont notablement accélérés. La femme a un peu pâli depuis

1 heure. A 5 heures du soir, après anesthésie chloroformique pratiquée par mon interne, M. Mouchotte, l'opération est pratiquée avec l'aide de mes amis, les Drs Baudron, accoucheur des hôpitaux, et Rudaux, chef de clinique de la Maternité de Beaujon, et l'assistance de Mlle Joffrin, sage-femme de mon service. La désinfection des organes génitaux et de la paroi abdominale est pratiquée un peu hâtivement, *car l'hémorragie utérine est menaçante pour le fœtus* et même pour la mère, dont le pouls s'est beaucoup accéléré. Au toucher, on trouve un orifice utérin dilaté comme 1 franc, refoulé en avant par une tumeur qui occupe la partie postérieure et supérieure de l'excavation. La partie fœtale est inaccessible. Il est décidé qu'en raison même de l'état général un peu mauvais de cette femme, on pratiquera l'opération la plus facile et qui donnera lieu au moindre écoulement sanguin, à l'opération de Porro si toutefois il est possible de faire un pédicule.

Incision de la paroi abdominale, qui est d'une minceur extrême. On agrandit l'incision au-dessus de l'ombilic pour permettre de faire basculer l'utérus hors de la cavité abdominale. Bien que l'utérus soit surtout développé transversalement, une incision médiane prolongée sur le fond de l'utérus permet d'extraire rapidement un garçon pesant 4.530 grammes, qui est très pâle.

Il n'est ranimé, sans insufflation, qu'au bout de huit à dix minutes. Il s'est écoulé une assez grande quantité de liquide amniotique.

Bien que la partie inférieure de l'utérus soit occupée presque en totalité par des fibromes pour la plupart ramollis, il semble possible de faire un moignon, ce qui paraît préférable étant donné l'état hémorragique de la femme, étant donné que la désinfection vaginale a été nulle ou à peu près pendant les jours qui ont précédé l'accouchement. Une première ligature élastique est placée un peu trop bas en avant et semble toucher presque la partie supérieure de la vessie, qui est très étirée par en haut. On la remplace par une ligature un peu plus haut située et qui comprend encore un pédicule suffisant. On évide une partie de ce moignon, qui est ensuite touché au thermocautère. La paroi abdominale est tellement mince qu'on pratique seulement deux plans de suture : l'un, profond, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, au fil d'argent ; l'autre, superficiel, avec des crins de Florence. Le moignon est fixé à la paroi abdominale à sa partie supérieure à l'aide d'un fil d'argent. Une broche est placé en avant.

Les quatre premiers jours qui suivent l'opération, la température maxima est de 38°2 et le pouls oscille entre 70 et 90. Pas de nausées ni de vomissements. La malade urine spontanément et émet des gaz dans les vingt-quatre heures qui suivent l'intervention. Le pansement vaginal est enlevé le 2 août.

5 août. T. m., 38°3 ; T. s., 39°3. Le soir le pouls est fréquent et oscille entre 110 et 120. La malade a des sueurs profuses et est très altérée. La langue est sèche et vernissée. On change la mèche iodoformée qui entoure le pédicule.

6 août. T. m., 38°1 ; T. s., 38°4. Même sensation de chaleur. Sueurs profuses. La malade a quelques vomissements dans l'après-midi, succédant à l'ingestion d'une potion à l'extrait mou de quinquina. Pas de sensibilité de l'abdomen. Les mouvements profonds de l'inspiration ne déterminent aucune douleur.

7 août. T. m., 37°3 ; T. 39°4. Le matin on fait un premier pansement dans lequel on enlève quelques crins de Florence superficiels. La plaie paraît très bien réunie par première intention. Il existe à la partie supérieure de cette plaie un peu de rougeur érythémateuse sans chaleur ni tuméfaction. Le pouls est toujours fréquent. Les nausées ont cessé. La langue est vernissée. Calomel, 0 gr. 50. Cachets de benzonaphtol.

8 août. T. m., 38°1 ; T. s., 38°4. Même état. Sueurs profuses et soif vive.

9 août. T. m., 38°5 ; T. s., 39°2. On enlève tous les points de suture profonds et superficiels. Réunion parfaite de toute la plaie addominale. La rougeur érythémateuse a disparu. Le moignon est en train de se sphacéler à sa partie supérieure.

10 août. T. m., 37°8 ; T. s., 37°6. La malade se trouve mieux. La soif est moins vive et le pouls diminue de fréquence.

11 août. T. m., 37°4 ; T. s., 37°7.

12 août. T. m., 36°9 ; 37°2. En faisant le pansement, le pédicule tombe laissant une plaie d'une profondeur de 7 centimètres environ. Il s'écoule de cette plaie une petite quantité de pus bien lié Un tube à drainage en U est introduit dans la plaie. Pansement avec de la gaze au salol et de la gaze stérilisée. Les jours suivants la température redevient normale.

15 août. T. m., 36°7 ; T. s., 37°1. On remplace le tube en U par

deux tubes à drainage : l'un gros comme le petit doigt, l'autre d'un calibre inférieur. Il n'existe pour ainsi dire plus de suppuration.

16 août. On recommence à mettre au sein l'enfant qui y avait été mis à diverses reprises les premiers jours, mais avec d'assez grandes difficultés. Les seins sont peu volumineux et ne laissent sourdre que peu de liquide.

19 août. Pansement. Pas de suppuration. On supprime le plus petit des drains. Pendant une injection avec de l'eau naphtolée, on constate que le liquide sort par le vagin.

Le 22 août, la malade quitte la maison de santé pour rentrer chez elle. Elle commence à allaiter son enfant d'une manière régulière. On note jusqu'à la guérison complète une éruption furonculeuse se produisant en deux poussées sur toute la paroi abdominale ; le tube à drainage est laissé en place jusque vers le 10 septembre. Une fistulette communiquant avec le vagin ne se tarit définitivement qu'au commencement de novembre.

Examen de l'utérus enlevé. Examen macroscopique. — L'utérus reposant sur sa paroi postérieure, la face antérieure se dessine globuleuse, présentant sur la ligne médiane une incision d'une longueur de 22 centimètres. Les lèvres de l'incision ont une épaisseur de 3 centim. 1/2. Par l'ouverture, on aperçoit le placenta qui est inséré sur le segment inférieur et la face postérieure. On aperçoit également le cordon. L'amnios est décollé du placenta et flotte autour du cordon. Cette face antérieure est tapissée de péritoine sur toute son étendue.

Sur les parties latérales de l'utérus le tissu utérin est à nu par suite de la section des ligaments larges. En haut, de chaque côté, section de la trompe et des vaisseaux tubo-ovariens ; en avant, section du ligament rond.

La face postérieure de l'utérus apparaît recouverte de péritoine sur toute son étendue. Au-dessous de la zone recouverte de péritoine est une large surface cruentée qui a été déterminée par la section supra-vaginale du col. Cette surface cruentée est subdivisée en deux : une partie périphérique, de coloration rosée, mesurant 3 centimètres de largeur et formée de couches concentriques : c'est la coupe du segment inférieur ; une partie centrale, de coloration vineuse, de consistance mollasse, *présentant quelques gros vaisseaux* : c'est la coupe du placenta qui s'insère sur le segment inférieur.

La main introduite dans la cavité utérine, ne peut sortir par l'orifice de section du segment inférieur, car cet orifice est complètement oblitéré par le placenta adhérent.

A la partie latérale et inférieure gauche de l'utérus est appendue une masse du volume de deux poings, formée en partie de tissu fibromateux dur, en partie de tissu jaunâtre, gélatineux, infiltré de sérosité sanguine.

A droite, répondant à la partie moyenne de la section du ligament large correspondant, existe, reliée au tissu utérin par un pédicule, une masse du volume d'une noix, jaunâtre, fibreuse, parcourue de sillons.

Examen histologique, pratiqué par M. Bizé, chef de laboratoire. — « Sur les parties latérales de l'utérus enlevé, on constatait, de chaque côté, l'existence d'une tumeur du volume d'un abricot environ et nettement pédiculée.

La tumeur du côté gauche présente la même coloration que le tissu utérin, elle est dure, résistante, la surface de coupe est blanc rosé.

L'examen histologique permet de constater que cette tumeur présente les caractères habituels des fibromyomes. Sur certains points de la coupe, les fibres musculaires prédominent, tandis qu'en d'autres points le tissu est nettement fibreux.

La tumeur du côté gauche présentait un aspect translucide gélatineux, elle était mollasse ; la coupe succulente laissait écouler un liquide mucoïde peu abondant.

L'examen histologique montre sur les coupes des noyaux nettement colorés, la plupart fusiformes, quelques-uns triangulaires, enfin quelques noyaux arrondis.

Autour des noyaux, une mince couche de protoplasma présentant les mêmes formes, et envoyant des expansions protoplasmiques qui paraissent s'anastomoser avec les expansions des cellules voisines.

Les corps cellulaires sont séparés par des intervalles considérables. Ces intervalles sont occupés par un réseau de fines fibrilles colorées en rose se dessinant sur un fond coloré en rose beaucoup plus clair.

En certains points de la tumeur, les cellules, beaucoup plus nombreuses et plus serrées, prennent l'aspect du sarcome fuso-cellullaire.

Çà et là on aperçoit sur la coupe des espaces clairs, de véritables vides ; ceux-ci sont de deux ordres :

1° Les uns volumineux, à contour polycyclique, sans paroi propre,

sans endothélium, sont divisés en alvéoles de volume irrégulier par des travées de tissu conjonctif mal coloré. Quelques-unes de ces cavités contiennent des débris cellulaires granuleux se colorant mal ; quelques-unes constituent ainsi de véritables fissures au milieu de cellules dégénérées. Ces cavités sont évidemment le résultat de la fonte d'un certain nombre de cellules, fonte d'où résulte la formation de véritables kystes.

2° Les autres espaces clairs correspondent manifestement à la coupe de vaisseaux sanguins.

Résumé : 1° fibromyome ; 2° myxome kystique. Tumeur bénigne dans son ensemble, avec quelques réserves au point de vue de la récidive.

Obs. XV. — M. le Dr Delagénière, *Congrès de Bruxelles*, 1893. — *Cas de dystocie par fibrome utérin enclavé. — Opération de Porro. — Enfant vivant. — Guérison.*

Le 20 janvier 1892, je suis appelé par mes confrères, MM. Ledrain (de Loué) et Mascarel (de Brulon), auprès de la nommée S... Jeanne âgée de 38 ans, demeurant à Chantenay (Sarthe).

Cette femme, réglée à douze ans, a toujours eu une menstruation irrégulière. Deux fois elle est devenue enceinte et a eu deux fausses couches ; la première de trois mois et demi, le 5 janvier 1890, la deuxième deux mois, le 1er novembre de la même année. Elle redevient enceinte au mois d'avril 1891, et, grâce à des précautions sans nombre, elle parvient à mener sa grossesse à terme.

Le lundi, 18 janvier, à 6 heures du matin, les premières douleurs se font sentir. M. Ledrain, appelé le lendemain, voyant que le travail n'avance pas, cherche à rompre la poche des eaux qu'il atteint difficilement. Les contractions utérines augmentent, mais la tête ne s'engage pas. M. Ledrain reconnaît alors la présence d'un fibrome volumineux obstruant le bassin et faisant obstacle à l'accouchement. Il fait une tentative d'application de forceps en prenant toutes les précautions antiseptiques voulues, mais le fibrome s'oppose à la pénétration de l'instrument dans la cavité utérine. Le lendemain, aucun phénomène nouveau ; les choses restent dans le même état. C'est alors que MM. Mascarel et Ledrain me font appeler.

État de la malade, le 20 janvier. — L'état général est assez bon. La malade se plaint de douleurs dans les reins. Elle rend un peu de sang par le vagin. Au palper, la masse formée par l'utérus gravide présente

une plus grande consistance dans le flanc droit. Au toucher, le col est complètement refoulé à droite ; il est représenté par une sorte de fente antéro-postérieure dont la lèvre droite est simplement formée par le col aminci tandis que la lèvre gauche est représentée par un gros bourrelet dur, faisant lui-même partie d'une masse volumineuse plus grosse qu'une tête de fœtus. Cette masse peut être sentie à la palpation. Elle est absolument indépendante du fœtus. Le doigt introduit dans le col reconnaît la présence de la tête de l'enfant qui se trouve refoulée à droite, au-dessus du détroit supérieur, par la masse signalée dans l'excavation.

Dans ces conditions, toute nouvelle tentative d'extraction par le vagin paraît inutile. L'enfant est vivant, bien que le méconium soit rendu par le vagin. Je me décide donc à intervenir immédiatement par l'abdomen.

Opération, le 20 janvier. — Cette opération est faite à la campagne (Chantenay, Sarthe), mais avec instruments, compresses, tampons stérilisés apportés de la maison de santé du Mans.

Le chloroforme est confié à M. Mascarel, et je suis assisté par M. Ledrain.

Le vagin a été soigneusement désinfecté au moyen d'injection au sublimé. Incision de 15 centimètres, dépassant l'ombilic de 5 centimètres. Je fais écarter les lèvres de la plaie abdominale et dispose des compresses tout autour de l'ouverture de la paroi. La face antérieure de l'utérus est rénitente. Je pratique une incision médiane et pénètre d'emblée dans la cavité utérine. Mon bistouri rencontre le placenta et une hémorragie abondante se manifeste. Je sectionne rapidement le placenta dans toute son épaisseur et saisis et enlève l'enfant à travers la plaie abdominale. Je sectionne le cordon, remets l'enfant à la garde, puis décolle le placenta et les membranes ; le sang continue à couler en abondance et je dois, pour arrêler cette hémorragie inquiétante, bourrer la cavité utérine avec des compresses.

L'hémorragie s'arrête. Je nettoie mon champ opératoire. Pas une goutte de sang ni de liquide n'a pénétré dans l'abdomen. Je me rends compte alors de la situation de la tumeur que l'on sentait par le vagin. Ma première pensée est de l'extirper avec la matrice par l'opération de Porro, mais je m'aperçois qu'elle est développée très profondément aux dépens de la face postérieure de l'utérus et même du col et qu'il est impossible de l'attirer en dehors de la plaie abdominale. Je prends donc le parti suivant : de désenclaver la tumeur autant que possible et d'ampu-

ter l'utérus au-dessus avec les ovaires. Je cherche à retirer les compresses de la cavité utérine, mais l'hémorragie se reproduit. Je les laisse donc en place et dispose un fil de caoutchouc d'attente tout autour de la tumeur. Je détache les ovaires et les ligaments larges de chaque côté par deux fils en chaîne, puis enfonce deux broches disposées en croix à travers le pédicule et les compresses. Je place enfin une ligature en caoutchouc faisant deux fois le tour du pédicule et s'entrecroisant dans les broches. J'ampute ensuite tout le fond de l'utérus circulairement et je retire la plupart des compresses placées dans sa cavité. Une ou deux ont été traversées par les broches et ne peuvent être enlevées. Je ne m'en préoccupe pas davantage. Je ferme la séreuse pariétale au-dessus et au-dessous du pédicule, aussi complètement que possible, puis la peau avec des crins de Florence. Je fais une recoupe du pédicule que je cautérise vigoureusement au hermo-cautère en carbonisant les compresses situées au centre du pédicule.

Pansement à la gaze iodoformée, à la ouate de tourbe.

Environ 55 grammes de chloroforme.

Durée totale : une heure un quart.

Examen de la pièce. — La pièce conservée par M. Ledrain est constituée par le fond de l'utérus myomateux. La section de l'organe a porté juste au-dessus du corps fibreux qui, par suite, s'est trouvé désenclavé et xé à la paroi.

Marche. — Les suites opératoires ont été des plus simples. La température s'est toujours maintenue entre 37° et 37°5 ; une seule fois, le 21 janvier, le thermomètre est monté à 38°5. On fait à la malade trois injections vaginales au sublimé par jour. On la nourrit légèrement. Les pansements sont faits tous les cinq jours. Le 31 janvier, j'enlève, au moyen d'une pince, une compresse engagée dans le vagin. Le 4 février, le pédicule se détache et, en le retirant, on enlève en même temps la compresse qui a été embrochée. Le 7 février, la guérison peut être considérée comme terminée. Depuis, la malade et son enfant jouissent d'une excellente santé.

b) **Hystérectomie abdominale sub-totale.** — L'opération de Porro n'est qu'une sub-totale à pédicule externe. On lui a reproché de ne pas permettre la reconstitution immédiate des parois pelvienne et abdominale, d'empêcher de faire un tamponnement

sérieux de l'excavation, de laisser un canal cervical, source possible d'infection.

Ce dernier reproche peut aussi s'adresser à la sub-totale et cependant, si le col ne présente aucune modification pathologique, néoplasique ou infectieuse, pourquoi ne pas laisser ce moignon qui empêchera l'atrophie consécutive du canal vaginal, par exemple à une primipare encore jeune ?

Nous ne connaissons qu'un cas de sub-totale, pour fibrome au moment de l'accouchement ; il est dû à Tissier et à Ricard, nous le donnons ci-après.

Obs. XVI. — Tissier, *Société d'obstétrique de Paris*, 20 novembre 1902. — *Fibrome utérin compliquant la grossesse. — Opération césarienne suivie d'hystérectomie (présentation de pièce anatomique).*

Je vous apporte, avec pièce à l'appui, l observation d'une accouchée de l'hôpital St-Antoine, exemple typique de dystocie par fibrome, conjurée par l'intervention radicale.

La pièce montre l'utérus, incisé sur la face antérieure suivant la ligne médiane, flanqué des annexes parfaitement saines ; au-dessous est le col amputé dans sa partie supérieure ; à droite, à mi-hauteur, est un épaississement nodulaire irrégulier fibromateux ; sur la face postérieure, s'échelonnant de haut en bas, s'étagent trois fibromes de dimensions progressivement plus considérables. En haut un fibrome, demi-pédiculé, a la forme et les dimensions d'un rognon de mouton ; au-dessous, une tumeur dure, sessile, hémisphéroïdale, mesurant 6 à 7 centimètres de diamètre ; enfin tout en bas une grosse masse, rattachée au corps utérin par un très large pédicule, arrondie, large de 13 centimètres, épaisse de 7 et descendant en dôme de 7 à 8 centimètres au-dessous du col.

Le tout, utérus et fibrome, pèse actuellement 2.150 grammes et mesure 15 centimètres de haut, 13 centimètres de large et 9 centimètres d'épaisseur. Ajoutons que l'immersion prolongée dans le formol a réduit d'un bon quart le volume de la masse.

Cette pièce provient de la femme Léontine G..., âgée de 38 ans, sans antécédents notables hors que son père est mort d'un cancer de l'estomac ; toujours bien réglée depuis 14 ans, jamais malade, enceinte pour la première fois depuis octobre 1901 (dernières règles le 12).

Sauf quelques douleurs de reins de très ancienne date, la grossesse n'a présenté aucun incident. Cependant, le ventre se développant démesurément, M. Degez, consulté, reconnut une grossesse compliquée de fibrome, et pour faire confirmer son diagnostic, fit venir sa cliente dans le service de M. Bar.

C'était vers le début de juin ; d'après le compte, on était à 7 mois révolus : la grossesse n'était pas douteuse avec un enfant placé siège en bas, tête en haut et à droite, dos à gauche, battements de cœur très nets. L'utérus très élevé, volumineux par rapport aux dimensions fœtales, présentait une bosselure en haut et à droite de l'ombilic : les veines superficielles de la paroi abdominale avaient un développement exagéré.

Par le toucher, le doigt arrivait sur une tumeur grosse comme une tête d'enfant, ronde, lisse et dure, déprimant le cul-de-sac postérieur, remplissant toute l'excavation, fixée inébranlablement ; en avant, contre la symphyse, était appliqué le col utérin demi-ramolli et fermé, paraissant prendre attache sur la tumeur même.

L'hypothèse d'une rétroversion d'utérus gravide, d'une grossesse ectopique ou d'un kyste intrapelvien (dermoïde ou intra-ligamentaire) fut écartée et, malgré la consistance ligneuse de la tumeur, exceptionnelle en pareil cas, nous fûmes pleinement d'accord avec M. Degez pour considérer que nous étions en présence d'un fibrome utérin enclavé dans le petit bassin.

De l'avis de M. Bar et du mien, il n'était raisonnablement pas possible d'espérer — tant la tumeur était coincée — la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles. Il fallait donc laisser la grossesse évoluer ; puis à une époque aussi rapprochée que possible du terme (afin de donner un enfant certainement viable à cette femme vouée par la suite à la stérilité), pratiquer l'opération césarienne. A cet égard nous n'avions pas d'hésitation, sans ignorer que d'autres eussent conseillé l'expectative, et d'autres la terminaison immédiate par une manière d'avortement.

Mais un peu d'incertitude planait quant à la conduite à tenir après l'extraction fœtale. L'ablation d'un aussi volumineux fibrome s'imposait sans doute un jour ou l'autre. Mais M. Bar, remarquant la fixité du fibrome, redoutant des adhérences ou des prolongements sous-ligamentaires susceptibles de retarder l'extirpation, craignant en raison de la vascularité extrême de toutes les dépendances de l'utérus des hémorragies funestes, impressionné de plus par quelques exemples récents dont

il avait eu connaissance,estimait qu'on pourrait, sitôt l'extraction fœtale terminée en hâte, suturer l'utérus, fermer le ventre, laisser la régression s'effectuer et plus tard, après 2 ou 3 mois compléter l'opération si besoin.

Mon opinion première avait été quelque peu différente et j'avais pensé qu'il faudrait, après la césarienne, procéder à l'hystérectomie, puisqu'on avait le ventre ouvert, l'utérus à nu, et qu'il est toujours meilleur, si l'on peut, de ne pas exposer sans raison majeure les patientes à des laparotomies successives. Mais, ai-je besoin de dire que ces arguments m'avaient touché et, d'autre part, les statistiques à demi encourageantes (par rapport aux résultats des simples césariennes) relatées par M. Maygrier achevaient de m'ébranler. Bref, je résolus de me réserver, de faire la section césarienne au jour choisi, puis de me comporter selon que l'hystérectomie paraîtrait aisée ou malaisée et, selon les circonstances, de la pratiquer extemporairement ou de l'ajourner. Par surcroît de prudence, je priai notre collègue Ricard, que le fait intéressait, de vouloir bien m'assister et se charger, en cas d'hystérectomie, de me remplacer, sachant que sa grande expérience lui permettrait, en face de difficultés, d'opérer plus promptement et plus sûrement pour la patiente.

C'est ce qui fut fait.

Le 21 juillet, avant tout début de travail, la malade — préalablement préparée — fut endormie. L'opération césarienne exactement pratiquée selon la technique préconisée par M. Bar, n'offrit aucune particularité. En quelques minutes, un enfant de 3.425 grammes fut extrait.

La main glissée dans la concavité sacrée (en même temps que l'utérus était basculé en avant) put relever la masse fibreuse et dégager l'excavation. M. Ricard acheva l'opération. Les tissus,ramollis par la grossesse se laissaient élonger aisément et permettaient une libération facile des attaches inférieures. Il n'y avait aucune nécessité d'ouvrir le vagin ; le col fut donc sectionné dans sa partie supérieure, sa cavité cautérisée, le péritoine ramené par un surjet au-dessus de la surface cruentée. Deux gros drains furent laissés par mesure de précaution, et le ventre refermé.

Les suites ont été absolument normales : jamais la température n'a dépassé 37°4. La malade s'est rétablie et nous a quittés le 15 août parfaitement guérie, avec un enfant de 3.560 grammes, qu'elle avait exclu-

sivement nourri les 15 premiers jours et qu'au départ elle alimentait de son sein aidé d'un peu de lait stérilisé.

Je n'ajouterai qu'un mot. M. Eustache (de Lille) dans sa communication au Congrès de 1900, semble conseiller, dans des cas analogues, même avec l'enfant vivant, l'hystérectomie totale d'emblée sans opération césarienne préalable. Je redouterais en faisant de la sorte l'anémie préjudiciable à l'enfant consécutive au pincement des artères du ligament large et des utérines.

M. Maygrier fait allusion, dans le traité de Tarnier et Budin, à une opération césarienne suivie de la ligature des pédicules tubo-ovariens. J'aurais craint, dans l'espèce, avec une si grosse masse fibromateuse, que la régression ne se produisit pas ; enfin il était bien tentant, l'ayant sous la main, d'enlever tout de suite une tumeur qu'on se serait sans doute trouvé plus tard dans la nécessité d'aller chercher au prix d'une nouvelle intervention.

Je ne parle pas du Porro avec fixation du moignon à la paroi auquel la simple hystérectomie sus-cervicale avec enfouissement du pédicule sous le péritoine est au moins égale et qui d'ailleurs n'eût pas été possible ; le col, se greffant sur la tumeur, n'aurait pu être pédiculisé.

c) **Hystérectomie abdominale totale.** — L'hystérectomie abdominale totale, consécutive ou non à la césarienne, permet d'enlever tout l'organe malade.

C'est une opération radicale peu pratiquée encore, mais qui le sera de plus en plus, car elle est aussi rapide que le Porro, elle est plus chirurgicale, et, bien faite, elle doit donner peu de mortalité.

Sur 16 cas, nous trouvons 4 morts maternelles, soit 25 0/0 et 5 morts d'enfants, soit 30 0/0 environ ; dans 3 cas enfin, le fœtus était déjà mort.

Nous donnons ci-après le tableau de ces 16 cas :

TABLEAU VI. — **Hystérectomie abdominale totale.**

OPÉRATEURS.	DATE ET BIBLIOGRAPHIE.	OBSERVATION.	RÉSULTATS	
			Mère	Enfant
1. **Landau.** . .	1890 *Berlin. klin. Woch.*, n° 25.	Grosse tumeur.	G.	G.
2. **Fritsch** . . .	1891 *Auch. f. Gyn.*, p. 362.	Grosse tumeur et mal de Bright. —	M.	M.
3. **Smyly** . . .	1894 *Lancet*, p. 1450.	Primipare 40 ans, grosse tumeur, utérus double.	G.	G.
4. **Macks** . . .	1894 *Fetschrift f. A. Martin*, p. 196.	. . . . .	M.	M.
5. **Guermonprez.** . .	1895 *Bull. Acad. méd.*, XXXIV, 204.	Nombreux fibromes.	G.	G.
6. **Varnier et Delbet** . .	1897 *Arch. de Gynécologie*,	Rétroflexion complète. Obstruction pelvienne.	G.	déjà mort
7. **Douglas** . .	1896 *J. Am. med. Assoc.*, XXVII, 906.	Fibrome ultra-ligamentaire.	G.	M.
8. **Mouchet** . .	1897 *Annales de Gynéc.*	Grosse tumeur.	G.	M.
9. **Boldt.** . . .	1897 *Am. J. of. obstetrics*, juillet.	Fibro-sarcome.	G.	M.
10. **Jewett** . . .	1897 *Am. Gyn. and. Obst. J.*, XI, 705.	Tumeur remplissant les 2/3 inf. d'utérus.	M.	G.
11. **Gutierrez.** .	1898 *Revue de Gyn.*, 625.	Fibrome enclave.	G.	G.
12. *id*	*id*	*id*	G.	G.
13. **Wertheim** .	1899 *Wiener med. Woch.*, n° 25, 681.	Grosse tumeur, placenta gangrené. 3 jours de travail.	G.	déjà mort
14. **Delagénière**	1900 *Soc. d'obst. gyn. et Péd.*, 12, 1, 00.	Rupture pendant version. Gros fibrome.	M.	déjà mort
15. **Bazy et Rudaux.**	1900 *Soc. obst. gyn. et péd.*, 6, 7, 00.	Gros fibrome du segment inférieur.	G.	G.
16. **Michel.** . .	1905 *Zeitsch. f. Gyn.*, n° 6, p. 105.	Gros myome rétro-cervical.	G.	G.

Chez ces 18 malades, on est intervenu parce que la *tumeur était volumineuse* (Landau, Macks, Douglas, Mouchet, Rudaux, Jewett, Michel) ; le fibrome était *enclavé* (2 cas de Gutierrez) ; les tumeurs étaient *multiples* (Guermonprez) ; il y avait *rétroflexion* complète de l'utérus gravide (Varnier et Delbet) ; le *travail* du-

rait depuis 3 jours et le placenta était gangrené (Vertheim) ; il y avait rupture de l'utérus (Delagénière) ; il y avait en même temps *malformation utérine* (Smyly) ; *mal de Bright* (Fritsch) ; dans un cas (Boldt) il s'agissait d'un *fibro-sarcome* ; enfin trois fois le fœtus était déjà mort (Varnier, Wertheim, Delagénière).

Nous donnons ici les observations si nettes de Michel, Rudaux et Delagénière :

Obs. XVII (résumée). — F. Michel, *Zeist. f. Gyn.* 1905, n° 6, p. 165. *Césarienne pour un myome rétro-cervical et extirpation totale de l'utérus* (*Sectio cæsarea wegen retrocervicalen Myomes mit Total extirpation des Uterus*).

L'observation concerne une femme de 41 ans, XI pare, chez laquelle tous les accouchements, sauf le dernier, avaient été normaux et spontanés. Au dernier, la sage-femme avait dû pratiquer la version. A la douzième grossesse, le travail se déclara un peu avant terme, et comme il ne faisait pas de progrès, la femme fut envoyée à l'hôpital.

Etat à ce moment. — Ventre en forme d'ovoïde allongé, paroi abdominale assez tendue. Deuxième position du sommet ; tête fœtale encore mobile au-dessus du bassin ; doubles battements fœtaux bons.

Examen interne. — Paroi vaginale postérieure repoussée en avant par une tumeur dure, de la grosseur d'une tête fœtale, qui remplit le petit bassin et qui est facilement déplaçable vers les côtés. En avant, au-dessus de la symphyse, on sent la lèvre antérieure de l'orifice externe du col, en arrière une partie semi-lunaire de cet orifice externe, en avant de laquelle fait saillie la tumeur ; pas de lèvre postérieure constatable. Dans cette dilatation de l'orifice externe, perméable à deux doigts, on reconnaît la poche des eaux, en arrière la tête fœtale.

Tentatives réitérées de reposition. — Sans résultats.

Cœliotomie. — Incision de l'ombilic à la symphyse. Attraction de l'utérus, incision fondale transversale qui intéresse le placenta. Extraction de l'enfant. On reconnaît la cause de la dystocie. C'est un fibromyome, développé aux dépens de la paroi postérieure du col, s'étant porté principalement vers le paramétrium postérieur, plus gros qu'un poing et ayant fortement attiré partie inférieure du col, portion vaginale et vagin.

A cause du *siège de la tumeur*, de *la durée du travail* et de *l'âge* de la malade, *hystérectomie totale.*

Suites opératoires. — Excellentes.

Quant à l'enfant, qui pesait 3.750 grammes, il présenta, au deuxième jour, un pemphigus des nouveau-nés, qui, d'ailleurs, ne l'empêcha pas de se développer à souhait.

Obs. XVIII. — M. P. Rudaux, *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie, et de Pædiatrie de Paris*, p. 196 à 200, 6 juillet 1900. — *Dystocie par fibrome du segment inférieur. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Femme de 28 ans, ménagère, n'ayant aucun antécédent pathologique.

Réglée pour la première fois à 13 ans, la menstruation est devenue irrégulière vers l'âge de 15 ans, irrégularité qui persiste jusqu'à son mariage, à 20 ans.

Enceinte pour la sixième fois, elle eut deux accouchements prématurés à huit mois et fit un avortement de cinq mois et demi à sa deuxième grossesse.

Dans ses suites de couches elle présente le fait particulier suivant : à ses deux dernières grossesses elle eut au troisième jour une perte sanguine, qui, la première fois, persista pendant dix-huit jours et la deuxième pendant dix jours.

Après son dernier accouchement, les règles devinrent d'abord plus abondantes, non pas en durée, mais en quantité, puis plus fréquentes ; elles apparurent d'abord toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours.

Il nous a été impossible de fixer exactement le terme de la grossesse actuelle, la femme ignorant la date des dernières règles, mais elle sentit remuer pour la première fois dans les derniers jours de février.

Le 5 février elle se présente à la Maternité de Beaujon, à 10 heures du soir, parce qu'elle éprouve des douleurs abdominales survenus pour la première fois trois ou quatre jours auparavant, mais qui ont été en s'accentuant.

Elle accuse en même temps du ténesme rectal et des envies fréquentes d'uriner, sensations qu'elle éprouve depuis environ deux mois.

Peu de temps avant son entrée, cette femme avait constaté le déve-

loppement d'une tumeur dure et douloureuse dans la région iliaque droite.

A l'examen, nous trouvons par le toucher vaginal le cul-de-sac postérieur occupé par une masse régulière rénitente, qui donne la sensation de l'utérus gravide ; en suivant cette tumeur d'arrière en avant nous rencontrons très en avant et en haut, au niveau du bord supérieur de la symphyse pubienne, le col utérus petit et ramolli ; son orifice regarde la paroi abdominale antérieure.

Nous portons alors le diagnostic de rétroversion d'un utérus gravide de quatre mois environ.

En combinant le palper au toucher, nous constatons qu'il existe, au niveau de la fosse iliaque droite, une autre tumeur dure, difficile à mobiliser, en relation avec la précédente, et ayant le volume d'une tête de fœtus à terme.

Le diagnostic de fibrome est alors porté, et nous mettons sur le compte de celui-ci la rétroversion de l'utérus.

La femme est maintenue au repos absolu.

Le lendemain les douleurs abdominales sont violentes, la miction est devenue impossible.

La vessie forme une tumeur lisse et rénitente au-dessus du pubis ; la rétention nécessite le cathétérisme, qui permet de recueillir 500 grammes d'une urine claire.

Les jours suivants, la rétention ne se produit plus.

M. Bazy, appelé pour examiner cette malade, confirme notre diagnostic.

Le 11 février, c'est-à-dire, six jours après son entrée, les douleurs se sont atténuées en même temps que la tension de l'utérus a diminué ; il y a un commencement de réduction qui s'accentue les jours suivants, ce qui permet à la malade de rentrer chez elle le 20 février.

Huit jours plus tard, elle rentre dans notre service pour de nouvelles crises douloureuses qui disparaissent par le repos au lit.

A cette époque, l'examen nous apprend que la rétroversion s'est maintenue réduite, et nous constatons toujours deux tumeurs : l'une dure, antérieure ; et droite : c'est le fibrome l'autre rénitente, plus volumineuse, se contractant ; elle est située en arrière et à gauche de la précédente ; c'est l'utérus gravide. Le fœtus est vivant, car nous entendons les battements du cœur.

Sortie dans les premiers jours de mars, les derniers mois de sa grossesse se passent normalement, mais le 25 juin apparaissent des vomissements alimentaires, des douleurs abdominales continues et des élancements dans la région rectale. Aucun phénomène du côté de la vessie.

Elle rentre à la Maternité le 26 juin.

Elle est actuellement dans son neuvième mois, puisque les mouvement actifs du fœtus ont été perçus à la fin de février. La hauteur utérine est de 33 centimètres, sa largeur au niveau de l'ombilic de 32 centimètres.

L'abdomen paraît normalement développé, il y a peu de vergetures, l'utérus est légèrement incliné à droite par son fond.

Par le palper méthodique, nous sentons le détroit supérieur occupé par une masse rénitente fixe qui plonge dans l'excavation Le fœtus est placé très obliquement ; la tête est en bas dans la fosse iliaque gauche, le siège au fond de l'utérus, c'est-à-dire en haut ; dans l'hypocondre droit ; le plan résistant est à gauche.

Le maximum des bruits du cœur est entendu sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'extrémité antérieure de la 11e côte.

Le toucher nous permet de sentir qu'il existe dans l'excavation une tumeur résistante, ovoïde, difficile à mobiliser ; elle donne la sensation d'une masse kystique tendue.

Elle dépasse le détroit supérieur, et le palper combiné au toucher nous fait apprécier la limite supérieure courbe à convexité supérieure.

Pour trouver le col de l'utérus, il faut se porter sur le flanc gauche de la tumeur dans un sillon étroit au fond duquel il est enfoui. Ce sillon est limité à droite par le fibrome, à gauche par le bord gauche du détroit supérieur.

Cette tumeur, engagée profondément dans l'excavation, a fait basculer l'utérus autour d'un axe antéro-postérieur passant par son milieu ; cette bascule a porté le fond à droite et le segment inférieur à gauche.

Au cours de l'opération, nous avons constaté qu'il s'était également produit une torsion de l'organe autour de son grand axe, le bord gauche étant placé près de la paroi abdominale antérieure, le bord droit regardant la région lombaire droite.

Cette femme était près du terme de sa grossesse, une intervention est jugée nécessaire.

La malade avait été examinée de nouveau par M. Bazy, qui hésitait entre les deux diagnostics suivants : fibrome de l'utérus ou kyste du ligament large.

L'accouchement spontané étant jugé impossible, l'opération est faite samedi dernier, 30 juin, par MM. Ribemont-Dessaignes et Bazy.

Après laparotomie, M. Ribemont fait l'incision de l'utérus et extrait un enfant de 2.700 grammes, qui respire aussitôt.

M. Bazy termine l'opération par une hystérectomie abdominale totale.

Les suites opératoires sont excellentes.

L'examen de la pièce nous montre (fig. 18 et 19) qu'une tumeur myxomateuse plutôt que fibreuse F, s'est développée dans la paroi antérieure A du segment inférieur.

Sa forme est ovoïde, à petite extrémité antéro-inférieure.

Son grand axe mesure 15 centimètres.

Son petit axe a 11 centimètres.

La surface d'implantation utérine a 10 centimètres de largeur : son extrémité supérieure est à 13 centimètres du fond, son extrémité inférieure à 2 centimètres de l'orifice externe du col.

Obs. XIX. — Delagénière, *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 1900, p. 14). — *Rupture d'un utérus fibromateux pendant une version ; hystérectomie abdominale totale. Mort.*

La nommée R... Marguerite, âgée de vingt-quatre ans, nous est adressée par MM. Mélisson et Vincent, du Mans.

Cette jeune femme, enceinte de sept mois, est prise, le 12 mai 1897, dans la matinée, des symptômes précurseurs de l'accouchement. On prescrit le repose au lit, mais les symptômes s'accusent, le col s'entr'ouvre, et malgré le volume peu considérable du fœtus, l'engagement ne se fait pas. La poche des eaux se rompt dans la journée, et les médecins peuvent constater qu'il s'agit d'une présentation du plan latéral gauche. A six heures du soir la malade est anesthésiée, et une version est pratiquée avec toutes les précautions habituelles. L'enfant extrait est petit, mort depuis quelques jours déjà ; on délivre la malade par expression et tout paraît être rentré dans l'ordre. Cependant, au toucher, on croit sentir encore des membranes ; on exerce de légères trac-

tions, mais, comme elles résistent, on se contente de faire un pansement de la vulve pour éviter l'infection.

Le lendemain matin le pouls est petit, il y a eu dans la nuit des vomissements fréquents, le ventre est douloureux et ballonné. Il s'est écoulé peu de sang dans le pansement, mais, en examinant les membranes, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une frange de l'épiploon engagée dans une large rupture de l'utérus.

En présence des symptômes d'infection péritonéale, on conseille immédiatement la laparotomie suivie de l'extirpation de l'utérus rompu. La malade est transportée à la clinique dans la journée, et elle est opérée dès son arrivée.

Opération le 13 *mai à* 4 *heures du soir* (vingt-deux heures environ après la rupture de l'utérus).

Le vagin et la paroi abdominale ont été désinfectés avec le plus grand soin.

Je suis assisté par mes confrères, MM. Mélisson et Vincent, et par mon interne, M. Meyer.

A l'ouverture du ventre, on trouve un liquide sanguinolent peu abondant, mais dans lequel baignent les anses intestinales.

L'épiploon apparaît bleu ardoisé ; on aperçoit dans son épaisseur les veines thrombosées, comme si elles étaient injectées avec une matière coagulable. Les thromboses veineuses remontent jusqu'à l'estomac.

En suivant l'épiploon, on arrive, à gauche, un peu sur la face antérieure de l'utérus, à une rupture qui a ouvert le cul-de-sac vésico-utérin dans une longueur de 4 centimètres environ. C'est par cette échancrure péritonéale que s'est engagé l'épiploon.

L'utérus est volumineux et présente deux tumeurs fibreuses interstitielles, peu volumineuses et situées sur le fond.

C'est entre les deux saillies formées par ces tumeurs que se termine la rupture.

L'épiploon est réséqué aussi haut que possible, sur quatre ou cinq pédicules à la soie.

Un grand lavage de la cavité péritonéale est pratiqué avec de l'eau stérilisée, puis l'utérus est enlevé par notre procédé habituel à collerette.

La cavité de Douglas est drainée au moyen d'un tamponnement de Mikulicz, et le ventre refermé comme à l'ordinaire.

L'opération a duré une heure environ.

Examen des pièces. — L'épiploon réséqué est très mince, son poids total est de 120 grammes. Il a un aspect bleuâtre et laisse voir, par transparence, les veines thrombosées. En sectionnant ces veines, on fait sourdre, par pression, les caillots de sang.

L'utérus doit être étudié au point de vue macroscopique et au point de vue microscopique.

Examen macroscopique. — La pièce est grosse comme une tête d'enfant à terme.

Le fond utérin présente deux masses fibreuses interstitielles très visibles sur la figure faite d'après nature.

L'une à droite plus volumineuse, l'autre à gauche plus petite.

C'est au-dessous de ces masses fibreuses que s'est faite la rupture, dans les points où la paroi utérine présentait la moindre résistance.

Cette rupture occupe les deux tiers de la pièce en hauteur. Elle part du col, longe l'insertion du ligament large droit, passe un peu sur la face antérieure de l'organe, et s'arrête à la base de la plus petite des deux tumeurs fibreuses. Le péritoine avait résisté dans la partie inférieure correspondant au cul-de-sac vésico-utérin, mais il avait cédé en haut dans une étendue de 4 centimètres, précisément dans les points où sa connexion est plus intime avec l'utérus.

Les ovaires et les trompes ne présentent rien de particulier à première vue.

Examen histologique par Pilliet. — Cet examen a surtout été fait pour étudier le mode de propagation de l'infection générale par les vaisseaux sanguins :

« 1° *Coupes au niveau de l'insertion placentaire comprenant toute l'épaisseur de l'utérus au-dessus des fibromes.* — Sur ces coupes, on voit que les vaisseaux les plus proches de la muqueuse utérine sont thrombosés, mais sur une très légère épaisseur seulement. Les vaisseaux sanguins sont vides jusque sous le péritoine ; les vaisseaux lymphatiques sont extrêmement dilatés et forment des lacunes qui peuvent atteindre 1 centimètre de largeur, mais ici sont tous uniformément vides. Ils ne contiennent pas de lymphe. Les fibres musculaires sont très hypertrophiées, mais il n'existe pas de traces d'un processus inflammatoire.

« 2° *Coupe au même niveau, point auquel le caillot paraissait très adhérent.* — On voit le caillot noir, dont le sang est déjà en partie trans-

formé en méthémoglobine ou en dérivés semblables, feutré dans les éléments de tissu conjonctif qui aboutissent à quelques villosités placentaires restées encore en place. Au-dessous, une mince ligne de vaisseaux thrombosés, puis le muscle utérin avecla même structure que ci-dessus.

« 3° *Coupes de l'utérus au niveau du col.* — Il existe en ce point une véritable apoplexie de tout le tissu utérin. On ne voit pas de muqueuse ni même de caduque. Les vaisseaux sont tous gorgés de sang, et il s'est formé des extravasations sanguines qui dissocient tout le tissu conjonctif à leur voisinage.

« Les coupes prises sur un autre point du col, sur la bande mince résultant de la déchirure ont montré le même aspect ; mais ces vaisseaux qui sont congestionnés et remplis de globules blancs, de thrombus fibrineux en voie d'organisation, ne sont pas irrités, leurs parois sont normales ; on ne voit pas d'amas microbiens sur les coupes, dans la lumière des vaisseaux.

« 4° *Coupes de l'ovaire au niveau du corps jaune.* — C'est un corps jaune de grossesse bien développé et très régulier, sans hémorragie ni inflammation. La couche corticale de l ovaire est, au contraire, par semée d'hémorragies en nappes qui dissocient les ovules. Il n'existe pas non plus d'inflammation surajoutée à l'hémorragie.

« En résumé : nous trouvons les vaisseaux sanguins utérins thrombosés comme ils doivent l'être, les vaisseaux lymphatiques extrêmement développés, mais ne contenant ni lymphe ni pus. »

Suites de l'opération. — Le soir de l'opération tout va bien. A 8 heures, la température est à 37°6.

Deuxième jour, 37°4 le matin et 37°6 le soir. On prescrit un léger purgatif et la malade va à la selle.

Troisième jour, 37° le matin et 38° le soir.

Le Mikulicz est enlevé et remplacé par un drain, l'état général de la malade est satisfaisant.

Quatrième jour, 38° le matin et 38°6 le soir ; rien de particulier, léger œdème du mollet.

Cinquième jour, 38° le matin et 38° 4 le soir. On constate de l'œdème des membres inférieurs, surtout de la jambe et de la grande lèvre gauches. Dans la nuit, agitation et délire, mais les symptômes cérébraux disparaissent dans la matinée.

Sixième jour, 38°9 et 39°2. Présente une poussée d'urticaire sur tout

le corps. Elle est reprise le soir de symptômes nerveux, se plaint des seins, qui sont gonflés et durs par la montée du lait.

Septième jour, 38°6 et 39°3. L'état général est mauvais, la faiblesse extrême ; l'œdème des membres inférieurs a augmenté, on trouve sur les jambes et les cuisses des plaques bleuâtres cyanosées. Subdélire. La malade succombe à 2 heures du matin le huitième jour.

La mort, dans ce cas, a été vraisemblablement causée par infection à marche lente, dont le début remontait avant l'opération.

Avant de terminer ce chapitre, nous devons nous demander quelles sont les indications respectives de ces opérations.

Faut-il faire simplement une césarienne ?

Vaut-il mieux faire suivre la césarienne d'une hystérectomie, et à quelle sorte d'hystérectomie faut-il donner la préférence, Porro, subtotale ou totale ?

Règle générale, dit Türner, il vaut mieux supprimer la cause de l'obstruction une fois pour toutes.

C'est une opinion de chirurgien.

L'accoucheur dira : il faut conserver, coûte que coûte, un utérus qui peut encore être utile.

Nous croyons que l'on peut résumer ainsi la question :

Si la femme est jeune, si son utérus paraît sain, il faut pratiquer une simple césarienne que l'on fait suivre de l'extirpation du fibrome.

Si la femme est vieille ou si l'utérus paraît douteux, soit du fait de la néoplasie, soit du fait d'une complication concomitante (infection, mal de Bright, gangrène, etc.), il faut en pratiquer l'ablation, et l'ablation totale.

Toutefois si le canal vaginal n'a pu être assez bien désinfecté, ou bien si l'on est obligé d'aller vite, l'opération de Porro sauvegarde mieux, semble-t-il, la vie de la mère.

Quant à l'hystérectomie abdominale subtotale, il semble qu'on puisse surtout l'utiliser chez la femme jeune, ayant un col tout à fait sain.

De la rareté de l'intervention dans les fibromes au cours de l'accouchement.

On pourrait croire, après ces descriptions d'opérations chirurgicales, que l'on est obligé d'intervenir fréquemment dans les cas d'accouchements lorsqu'il existe des fibromes.

Il n'en est rien.

De même que la grossesse évolue normalement, malgré leur présence, et va le plus souvent à terme, de même l'accouchement se fait le plus souvent spontanément, malgré l'insertion vicieuse du placenta et l'accommodation parfois anormale.

Cependant, mais rarement, les fibromes peuvent être, pendant le travail, cause de dystocie.

A la clinique Baudelocque, on a observé du 1er janvier 1895 au 1er juin 1907, 26.988 accouchements et 243 cas de fibromes compliquant la grossesse, 43 fois seulement on a dû intervenir pendant le travail et,comme on va le voir, ces interventions n'ont pas été bien importantes :

Si nous prenons en effet la statistique depuis le 1er janvier 1901 au 1er juin 1907, nous avons : 13.071 accouchements, 158 cas de fibromes, 17 interventions au moment de l'accouchement.

Et sur ces 17 interventions il y a : 11 applications de forceps et 6 basiotripsies.

Il n'y a pas une seule hystérectomie subtotale ou totale, pas une césarienne, pas une seule opération de Porro, pour fibrome — comme on peut s'en convaincre en parcourant nos tableaux ci-après :

TABLEAU VII. — **Année 1901 (2.224 accouchements).**

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
283	27 ans	II	1898	3 ans.	Fibrome comme une noix, au fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
301	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
348	31 ans	IV	1899	1 an ; 6 ans ; 2 ans.	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
575	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 petits fibr. fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
577	42 ans	VI	1899	2 ans ; 1 an 1/2 2 ans ; 1 an ; 1 an 1/2.	Fibromes de la grosseur d'une orange sur la partie droite de l'utérus.	Normale.	Acc. à 8 m. 1/2 ; extraction du siège.
786	41 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes mult. dont un de la gross. du poing, disséminés dans la paroi antér. de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
844	38 ans	IV	1900	1 an ; 1 an ; 1 an.	Fibrome de la grosseur d'une amande sur le fond de l'utérus et un plus petit dans la paroi postér.	Endométrite dite hémorragique	Spontanée.
849	35 ans	III	1899	5 ans ; 2 ans	Fibrome comme un œuf de poule, dans la paroi antér. de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
871	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes mult. dans la paroi antér. de l'utérus et sur la corne droite.	Albuminurie.	Acc. à 8 mois, enfant mort 3 j. après.

DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
875	37 ans	V	1897	11 ans; 1 an; 1 an; 4 ans.	Fibrome de la corne utérine droite.	Laparotomie pr fibrome au 5e mois (gross. méconn.).	Spontanée.
924	45 ans	VI	1887	2 ans; 2 ans; 4 ans; 15 ans.	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
.017	36 ans	III	1897	4 ans; 4 ans.	Fibrome dans la paroi antérieure.	Normale.	Spontanée (siège)
.083	32 ans	III	1895	1 an; 6 ans.	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
.127	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la grosseur d'une noix, du fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
.565	39 ans	II	1888	13 ans.	Petit fibrome dans la paroi antér. de l'utérus.	Albuminurie.	Spontanée.
.794	40 ans	II	1899	2 ans.	Fibrome pédiculé.	Normale.	Spontanée.
.857	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome dans la paroi antérieure.	Albuminurie.	Acc. à 8 mois 1/2
.893	37 ans	XI	1897	5 ans; 1 an; 1 an; 2 ans; 1 an; 1 an; 1 an; 1 an; 4 ans; 4 ans.	Fibrome du vol. d'une noix dans la paroi antér.	Normale.	Spontanée.
.967	43 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes mult., de petit volume.	Normale.	Spontanée.
.154	36 ans	II	1887	14 ans.	Fibrome dans la paroi antérieure.	Albuminurie.	Spontanée.
.214	44 ans	VIII	1900	2 ans; 4 ans; 1 an; 1 an; 5 ans; 3 ans; 1 an.	Fibrome du fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.

TABLEAU VIII. — **Année 1902 (2.015 accouchements).**

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEM.	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
132	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome, de la grosseur d'une mandarine, au niv. de la partie infér. de l'utérus du côté dr.	Normale.	Forceps pour impot. fonct. Déliv. artific. Déchirure du périnée.
135	23 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la grosseur d'une noix siégeant sur le fond de l'utérus.	Normale.	Normale.
175	37 ans	III	1890	2 ans 12 ans	Fibrome de la gross. d'une noix sur la face antér. de l'utérus sur son 1/3 moyen.	Normale.	Normale.
218	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome siégeant sur la partie antéro-latér. gauche.	Normale.	Normale.
232	39 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromat. présentant des noyaux durs dans toute la partie accessible.	Normale.	Normale.
233	39 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome sur la moitié dr. de la face antér.	Normale.	Normale.
274	28 ans	II	1901	1 an	Petit fibrome vers le fond de l'utérus.	Albumine.	Normale.
393	32 ans	II	1895	6 ans	Utérus bourré de fibr. dont l'un, siégeant à dr. et en haut, est de la gross. d'une mandarine.	Albumine.	Normale.
584	39 ans	II	1899	2 ans 11 mois	Fibr. sous-périton. dont la femme s'aperçoit lors de sa 1re gross. à l'âge de 36 ans. Depuis ils ont augm. et se sont mult. Les uns paraiss. nettem. pédiculés, les autres ont une large base d'implantation.	Normale.	Siège décomplété mode des fesses.

Année 1902 (*suite*).

NUMÉROS DE OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEM.	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME, ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
495	35 ans	III	1898	2 ans 8 mois 1 an 8 mois	3 petits fibromes de la grosseur d'une noix.	Normale.	Hémorr. de la déliv. pour impot. fonct.
648	44 ans	VII	1893	2 ans 2 mois 2 ans 4 mois 5 ans 4 mois 1 an 8 mois 3 ans 4 mois 8 ans 10 mois	Fibrome de la gross. d'une tête de fœtus sur la paroi antéro-lat. g. de l'utérus, son centre est un peu au-dessous et à g. de l'ombilic. Dimensions 20/20.	Normale.	Siège complet. Bassin rétréci Psp : 10 cent. Extract. diffic. de la tête. Enfant vivant.
688	35 ans	IV	1898	3 ans 7 mois 2 ans 2 mois 4 ans 2 mois	2 petits fibromes de la gross. d'une noisette.	Albumine.	Normale.
830	35 ans	II	1893	9 ans	Fibrome du vol. d'une grosse noix, sous-péritoн.. à dr. de la partie sup. du segm. infér.	Normale.	»
953	39 ans	IV	1896	2 ans 7 ans 5 ans 5 mois	Petit fibrome pédiculé sur la corne droite.	Normale.	Expulsion d'un fœtus mort et macéré.
1.018	28 ans	II	1901	1 an 2 mois	Fibrome dans le cul-de-sac post., vol. d'un œuf de poule, allongé en forme de boudin, descendant au-dev. de la moitié g. du sacrum, dont on ne peut atteindre la limite sup. immobilisable.	Normale.	Normale.
1.180	36 ans	III	1899	11 ans 2 ans	Utérus fibromateux.	Normale.	Hémorr. de la délivrance.
1.192	39 ans	II	1899	2 ans 10 mois	Fibromes multiples.	Normale.	Normale.
1.385	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome sessile de la paroi utérine g., vol. d'une tête d'enfant d'un an.	Normale.	Forceps pour impot. fonction. Délivr. artificielle.
1.835	43 ans	III	1900	1 an 9 mois 2 ans 2 mois	Petit fibrome sur la face antéro-lat. gauche.	Albumine.	Expuls. d'un fœtus mort et macéré.

TABLEAU IX. — **Année 1903 (2.161 accouchements).**

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
67	28 ans	II	avril 1896	6 ans 1/2	Petit fibrome sur la paroi antéro-latér. droite.	Normale (albuminurie légère).	Au 9e mois. Rien de partic.
351	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes mult. sous-périton.	Normale.	Norm. Rien de partic.
498	42 ans	II	nov. 1890	12 ans 1/2	Fibromes mult. sous-périton.	Normale.	Norm. Rien de partic. M. 33/3.
533	28 ans	VII	août 1901 (macéré)	1 ou 2 ans. 1er acc. en 1896, norm., puis 4 avort.	Fibrome à dr. de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic.	Enfant mort pend. la gross. Albuminurie.	Expuls. d'un macéré au cours du 7e mois.
764	41 ans	III	1894	15 ans ; 9 ans	2 petits fibromes sur la partie g. de l'utérus.	Présentat. du siège.	Acc. en présent. du siège.
820	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une petite mandarine sur la face antér. de l'utérus près de la corne gauch.	Enfant mort pendant la gross. Cause indéterm.	Expulsion d'un macéré.
963	86 ans	V	1899	5 ans ; 2 ans ; 4 ans.	Fibrome coiffant la corne droite.	Présentat. du siège. Hydramnios.	Normale. Malform. fœt. mult. (spina-bifida. Hydrocéphalie, etc.). Enfant : 2.750 gr. Placenta : 550 gr.
1.134	39 ans	III	1899	14 ans	Utérus fibromateux.	Albuminurie intermit.	Normale.
1.212	40 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes mult. Un gros sur la corne droite.	Albuminurie légère.	Près du terme. Rien de particulier.
1.467	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes mult. Un du vol. d'un œuf au fond de l'utérus fibr. pédic. 2 autres fibr. sur la paroi antér. : 1 à dr. et 1 à g., le g. plus volum. et plus bas.	Pas d'engag. de la présentat. Céphal. Rupt. prémat. des membranes.	Hémorr. légère du trav. Enfant mort pendant le trav. Poids : 3.020 gr. Placenta : 37/2. Insert. vélament. du cordon. Normale. M. : 33/6.
1.412	25 ans		. . . . .	. . . . .	2 petits fibromes sur la face anter. de l'utérus	Normale.	

NUMEROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME, ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
1.460	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome pédic. mobile, du vol. d'un œuf de poule, au niv. de la corne dr. Fibr. du vol. d'une amande au niv. de la corne gauche.	Normale.	Au 9e mois. Rien de partic. M. : 24/9
1.538	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. du poing au niv. de la corne utérine dr. Fibrome en plaq. sur le côté dr. de l'utérus. Autre petit fibr. du vol. d'une noix sur le côté g. du corps. Col refoulé derr. la symphyse par tumeur fibromat. du vol. de tête fœt. remplissant l'excavation.	Au 5e mois : douleurs dans la rég. hypogastr. avec irradiat. rect. Au 6e mois : point douleur. dans l'hypocondre dr. Pollakyurie dès le début de la gross. Constip. Présent. du siège.	Acc. près du terme. Ascens. du fibr. dans la cav. abdom. au début du trav. Extract. man de l'enf. en prés. du siège. Enf. : 3.240 gr. M. : 24/9.
1.630	29 ans	V	1901	4 ans ; 1 an ; entre 3 ans.	Fibrome de la moitié dr. du fond utérin et empiétant sur la face antér.	Au cours du 2e mois : doul. dans la rég. hypog. Pas d'engag P. s. P. : 10,1.	Enfant né spontan. en état de mort apparente (3.040 gr.). Ranimé.
1.675	42 ans	II	1901	2 ans	Fibrome du fond, vol. d'une petite noix.	Normale.	Acc. au 9e mois
1.777	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromat. Fibr. du fond utérin.	Normale.	Normale. M. : 26/6.
1.853	27 ans	II	1902	1 an	Petit fibrome pédiculé sous-péritonéal.	Normale.	Accouch. à 8 mois 1/2.
1.928	26 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 petits fibromes du vol. d'une noix sur la face ant. de l'utérus.	Enfant mort pendant la gross.	Expuls. d'un macéré au 7e mois (syphilis).
2.107	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome mobile sous-péritoneal médian, situé à mi-haut. du pubis et de l'ombilic (gros comme une amande). A droite de l'ombilic, fibr. gros comme une cerise. Un autre fibr. plus gros au niv. de la corne dr.	Albuminurie.	Accouch. au 8e mois. M. : 34/5.

TABLEAU X. — **Année 1904 (1.574 accouchements).**

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DE OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
230	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome pédic. de la paroi antér. de l'utérus, du vol. d'un œuf de poule.	Normale.	Normale.
238	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la face antér. de la corne utérine dr., du vol. d'un œuf de poule.	Normale.	Normale.
449	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la paroi antér. de l'utérus près du fond, du vol. d'une noisette.	Normale.	Normale.
477	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une noix siégeant à g. de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic.	Normale.	Normale.
569	40 ans	II	1901	3 ans.	2 petits fibromes au fond de l'utérus.	Normale.	Normale.
626	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome, gros comme une petite mandarine, au niv. du bord dr. de l'utérus.	Normale.	Près du terme
784	43 ans	III	1901	2 ans ; 3 ans.	Fibrome pédic. mobile du vol. d'une orange, au fond de l'utérus.	Normale.	Normale.
1.038	35 ans	VI	1903	2 ans ; 1 an ; 1 an ; 3 ans ; 1 an.	Fibrome interst. sur la face antér. de l'utérus, au tiers supér.	Albumine. Présentat. du siège.	8e mois.

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
1.089	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une orange au niveau de la corne droite.	Présentat. du siège. Rupt. prémat. des membr.	Basiotripsie tête dern. Hémorr. Déliv. artific. A date du 5 novembre 1904, le médecin qui a envoyé en juil. cette femme à la clinique écrit qu'elle vient d'expul. après 4 j. de douleurs compar. à celles de l'accouchem., un fibrome pédic. et pesant 300 gr. environ.
1.181	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome au fond de l'utérus, de la gross. d'une pomme.	Normale.	Forceps pour impot. fonct. Hémorr. de la délivr.
1.536	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la paroi antér., gros comme une amande.	Normale.	Normale.
1.562	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome gros comme un gros œuf au fond de l'utérus.	Normale.	Normale.
1.646	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une cerise sur la partie g. de l'utérus.	. . . . .	Acc. à terme Forceps. Défaut de rotat.)
1.654	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une noix sur la partie latér. g. de l'utérus.	Rupt. des membr. au cours du 4e mois. Interrupt. de la gross. 4 j. après cette rupt. (Rupt. consécutive à un coït.)	Avort. (à la suite d'un rapport sexuel).

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
1.672	42 ans	II	1890	14 ans	Fibrome volum. siégeant à la partie infér. g. de l'utérus. Plusieurs fibr. du vol. d'une noix, disséminés dans la paroi utér. antérieur.	Au 2e mois : doul. abdomin. violentes. Interr. au cours du 5e mois (expuls. d'un produit de conceptt. mort et macéré). Père imprimeur.	Expulsion au 5e mois.
1.680	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 fibromes sur la face antér. de l'utérus, dont l'un du vol. d'un œuf de pigeon. Un autre plus petit sur la face latér. droite.	. . . . .	Accouch. au 9e mois. Normal.
1.683	30 ans	II	1er oct. 1900	4 ans	Petit fibrome du vol. d'une noisette sur la face antér. de l'utérus.	Rupt. prémat. 68 h. avant le début du travail.	Accouch. au 7e mois. Spontané. M. : 25/10.
1.712	31 ans	II	1895	9 ans	Fibrome du vol. d'une petite pomme sur la paroi antér. de l'utérus.	Hémorr. pend. les 2 derniers mois de la gross. Présentat. du siège. Version externe.	Accouch. à terme. Spontané.
1.751	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome du vol. d'une cerise au niv. de l'ombilic.	Rupt. prémat.	Accouch. au 9e mois. Spont. (4 h. 35 d'expuls.). Membr. 2/29.
1.766	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome au fond de l'utérus.	Rupt. prémat.	Accouch. au 9e mois. Spont. Membr. déchirées.

DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE LA GROSSESSE
.413	42 ans	I	. . . . .	. . . . .	Au cours de la délivr. artific. on constate sur la paroi post. de la cav. utér. un relief du vol. d'une noix et constitué par un fibrome.	. . . . .	Présent. de la face. Hémorr. du travail. Enf. mort pend. le travail (cours du 9e mois). Basiotripsie. Délivr. artific Insert. basse du placenta
.475	37 ans	II	1897	7 ans	3 fibromes pédic. sur la partie postéro-supér. de l'utérus.	. . . . .	Accouch. spont. A terme.
.536	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibr. du vol. d'une cerise sur la paroi antér. de l'utérus, à g. et un peu au-dessus de l'ombilic. Un autre égalem. sur la paroi antér. et à 2 trav. de doigt du 1er.	. . . . .	Accouch. au 9e mois. Spont. M. : 30/2.
.562	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromateux.	. . . . .	Accouch. au 9e mois. Spont. M. : 26/6.
.591	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome sur la corne utérine gauche.	Rupt. prémat. 5 j. avant l'acouch.	Accouch. au 8e mois. Spont. M. : 22/9.
.616	32 ans	V	nov. 1903	2 ans; 4 ans; 4 ans; 1 an.	Fibrome de la gross. d'un œuf sur le tiers sup. du bord dr. de l'utérus.	. . . . .	Accouch. à terme. Spont.
.636	28 ans	II	oct. 1903	1 an	Petit fibrome sur la face antér. et bord gauche de l'utérus.	. . . . .	A terme. Forceps. Lent. de la pér. d'expuls.

TABLEAU XI. — **Année 1905 (1.987 accouchements).**

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
13	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	3 ou 4 petits fibromes du vol. d'une noisette sur le fond de l'utérus.	Vomiss. les 2 prem. mois. Rupt. spont. précoce des membranes.	A terme. Période d'expulsion : 4 h. Durée du travail : 46 h. Insertion excentrique du cordon à 2 cm. du bord inférieur.
14	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'un œuf sur la face post. de l'utérus.	Albumine. Rupt. prémat. des membr. 63 heures av. le début du travail.	Au cours du 9e mois. Bassin rétréci. Diam. Pr. s. Pub. : 10 cm. 2. Enf. mort av. le début du travail. Basiotripsie.
47	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 fibromes de la gross. d'une noisette sur la face antér. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 9 h. av. le début du travail.	Au 9e mois. Lenteur de la période d'expuls. Forceps en occipito - post. dir. M. 27/1. Insert. margin. du cordon au bord sup.
72	28 ans	II	Sept. 1903 avortement	1 an 5 mois	2 fibromes sur le fond de l'utérus du vol. d'une petite noix.	Siège décomplété mode des fesses. — Rupt. spont. préc. des membranes.	Au 9e mois. Lenteur de la période d'expuls. Membr. déchirées, Insert. du cordon à 1 cm. du bord latéral.
77	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome du vol. d'une noisette sur la face ant. de l'utérus.	Douleurs épigastriques pendant toute la grossesse.	Au 9e mois. M. 28/4.
311	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Deux ou trois petits fibromes de la gross. d'une noisette sur la face antér. de l'utérus.	Rupt. spontanée préc. des membranes.	Acc. spontan. à terme. M. 30/6.

DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
355	23 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une noisette sur le fond de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 1 h. av. le début du travail.	Au 9e mois. Enf. né en état de mort appar., ranimé. Convulsions. Mort au bout de 24 heures.
412	31 ans	I	. . . . .	. . . . .	Un fibrome du vol. d'une petite noisette sur la paroi antér. de l'utérus.	Vomiss. pend. les 2 prem. mois de la gross. Rupt. spont. préc. des membr.	Acc. spont. au 9e mois. M. 37/4.
462	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromateux.	Vomiss. fréq. surt. d. les 1ers mois. — Rupt. prémat des membr.	Au 9e mois Acc. spont. Membranes dissoc. et déchir. Mensurat. imposs.
482	29 ans	II	. . . . .	. . . . .	1er fibrome du vol. d'une noix sur la paroi lat. gauche. 2e fibrome du vol. d'une noisette sur la paroi lat. droite.	Rupt. prémat. des membr. Pertes de sang assez abondantes en nov., février et mars. Pertes blanches assez abondantes.	Au 9e mois. Placenta irrég. adhér. à sa part inf. présent. des traces d'anc. hémorr. M. : déchirées.
534	29 ans	II	19 nov. 1903	1 an 4 mois	2 petits fibromes de la gross. d'une petite noix sur la face antér. de l'utérus.	Trait. spécifique suivi régul. pend. les 15 j. qui ont précédé l'accouchem.	Au cours du 8e mois. M. : 32/7. Enf. mort le j. suiv. Poids de l'enfant : 2.670. Placenta : 580.
640	40 ans	IV	Sept. 1899 Avort. : 6 semaines	12 ans ; 3 ans 4 m. ; 5 ans 7 m.	Fibrome du vol. d'une orange sur la partie lat. droite de l'utérus.	Albuminurie. Vomiss. pend. t. la grossesse (accès éclamptique lors du 2e acc.	Au cours du 6e mois. Enfant mort et macéré. Poids de l'enf. : 1270. Placenta : 180. Nombreux infarctus (hémorr. récentes).
773	35 ans	II	27 mars 1904	1 an 2 mois	Fibrome de la gross. d'une noix siég. au-dessus de l'ombilic à g. de la ligne mediane.	Normale.	Acc. spont. à terme. M. : 25/3.

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
781	63 ans	II	Déc. 1902	2 ans 5 m.	Fibrome de la gross. d'une noix sur le fond de l'utérus.	Normale.	Près du terme. Acc. spont. M. : 28/2.
785	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la face antér. de l'utérus.	Vomiss. au début de la grossesse.	Acc. spont. à terme. 2 circulaires autour du cou.
812	31 ans	II	Déc. 1897	7 ans 5 m.	Fibrome du volume d'une noix sur le fond de l'utérus.	Rupt. spont. préc. des membranes.	Au 9e mois. M. : 30/5, caduq. très épaisse. Enf. 2980 gr. Placenta : 510.
825	46 ans	II	13 mai 1901	4 ans 1 m.	Petit fibrome de la gross. d'une noisette au fond de l'utérus.	Vomiss. au début de la grossesse. — Pertes verdâtres abondantes.	Acc. à terme spont. M. 30/6. Un cotylédon erratique.
858	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	1er fibrome pédic. lat. dr. du vol. d'un œuf de dinde. 2e fibrome de la gross. d'une noisette au fond de l'utérus (face antérieure.	Rupt. prémat. des membr. 2 h. av. le début du travail.	Au cours du 8e mois : M. 28/8.
882	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la gross. d'une noix sur la face antér. au fond de l'utérus.	Normale.	Acc. à terme spont. M. 31/3. Enf. 4.170 Plac. 760.
888	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	1° fibrome du vol. d'une tête d'adulte. 2° petit fibrome de la face ant.	Vomiss. jusqu'au 4e mois. Laparotomie pendant la grossesse.	Acc. à terme spont. Insert. du cordon 4 c/m. du b. lat. du plac.
967	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une noix dans la paroi lat. dr. de l'utérus.	Crises de coliq. néphr. au cours du 4e mois ay. duré 6 j. Douleurs de la p. du ventre.	Bassin étroit. Agglutinat. de l'orif. Lent. de la pér. de dilat. Mort de l'enf. pend. le trav. Basiotripsie. M. : 34/1.

DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
996	35 ans	III	Nov. 1903 Avort.	6 mois	Fibrome de la gross. d'une noix au niv. de la corne utérine droite.	Rupt. prémat. des memb. 6 h. av. le début du travail.	Acc. spont. à terme : M. 33/7.
034	30 ans	III	Nov. 1901	2 ans 10 m. ; 3 ans 7 m.	Fibrome du vol. d'une noix dans la paroi lat. g. de l'utérus.	Normale.	Acc. près du terme. Spont. M. : 31/6.
053	35 ans	II	oct. 1903	1 an 7 m.	Petit fibrome de la grosseur d'une noisette au fond de l'utérus.	Vomiss. pend. les 4 prem. mois de la grossesse.	Acc. spont. à terme. M. : 35/15. Insert. excentr. du cordon. Mésocordon de 6 cm. de h.
056	42 ans	I	. . . . .	. . . . .	Un fibrome du vol. d'une orange sur le fond de l'utérus.	Vomiss. les 6 prem. mois.	Au 9e mois. M. : 31/6. Insert. excent. du cordon.
084	42 ans	VI	Mai 1901	11 ans ; 1 an ; 1 an ; 4 ans 1 m.	Un fibrome du vol. d'une orange sur la paroi lat. dr. et le f. de l'utérus.	L'aparotomie au 5e mois de la gross. précéd. Rupt. spont. précoce.	Au 9e mois. Membr. : 34/6. Insert. du cordon à 2 c/m du bord lat. du placenta.
190	39 ans	II	Juin 1900	5 ans 2 m.	Fibromes multiples sur le fond et la face antérieure de l'utérus.	Vomiss. pend. le 1er mois.	Acc. près du terme. M. : 32/9. Insert. vélament. à 4 c/m du bord placent. sup.
194	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome du vol. d'une noisette au fond de l'utérus.	Normale.	Acc. spont. au 9e mois. M. 29/4.
229	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples vol., le 1er au f. de l'utérus; le 2e sur la par. ant. au niv. de l'ombilic ; le 3e au niv. du pubis sur le segm. inférieur.	Douleurs dans la rég. lomb. au cours des 3e et 5e mois, Rupt. prémat. des membr. 9 h. av. le début du travail.	Acc. au 9e mois. M. 33/2 Insert. vélament. du cordon.
77	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une tête de fœtus de 7 mois au fond de l'utérus.	Traces d'albumine. Rupt. spont. précoce des membranes.	Au 9e mois. Normale. M. : 30/8.

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE.	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
1.414	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petits fibromes de la paroi lat. de l'utérus.	Normale.	Au 9e mois, rien de particulier. M. : 32/12.
1.446	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une noix sur la p. lat. g. de l'utérus.	Rupt. prématurée des membranes.	Au 9e mois. Normale. M. : 30/9.
1.515	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une noix sur la paroi ant. de l'utérus.	Vomiss. les 2 prem. mois. Rupt. spont. préc. des membranes.	Acc. près du terme spontané. M. : 30/1.
1.590	27 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une noix sur la paroi lat. dr. de l'utérus.	Vomiss. les 3 prem. mois.	Au cours du 9e mois. Rien de particulier. Membr. incompl.
1.644	40 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une petite cerise au fond de l'utérus.	Rupt. préc. des membr. Présentat. de l'épaule.	Acc. à terme. Mort de l'enf. pend. le travail. Basiotripsie.
1.702	33 ans	VI	Nov. 1904	2 ans; 4 ans; 4 ans; 1 an; 1 an.	Fibrome de la gross. d'un œuf au tiers sup. du bord droit de l'utérus.	Normale.	Au 9e mois. Spontané. M. : 35/11.
1.776	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une noisette sur la part. haute de la paroi ant.	Rupt. prémat. des membr. 10 h. av. le début du travail.	Au 9e mois. Spont. Insert. vélament. M. : 33/2.
1.828	46 ans	II	4 déc. 1901	4 ans	3 fibromes du vol. d'un noyau de cerise sur la paroi ant. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. Pertes de sang au 2e mois. Vomiss. du 3e au 8e mois.	Au 9e mois. Lent. de la période d'expuls. Forceps en D. A.Enf. 3.000. M. : 20/9.
1.899	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	1er fibrome du vol. d'une mandarine dans la part. sup. dr. de l'utérus : 2e fibrome du vol. d'une noix de la part. gauche.	Normale.	Au 9e mois. Insert. vélamenteuse. M. : 31/6.

TABLEAU XII. — **Année 1906 (2.150 accouchements).**

N° DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE.	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
167	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 petits fibromes du vol. d'une grosse noisette sur la face ant. de l'utérus.	Rupt. préc. des membr. 10 h. 1/2 av. l'expuls. du fœtus.	Au 9e mois. Forceps pour impot. fonctionn. et déf. de rotat.
207	31 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome du vol. d'une noisette de la part. g. de l'utérus.	Normale.	Au 9e mois. M. : 23/8.
275	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petits fibromes gros comme des pois disséminés dans la paroi utérine antér.	Traces d'albumine. Vomiss. les 4 premiers mois. Lent. du travail. Rupt. préc. des membr. Mort de l'enfant pend. le trav. Physométrie.	Craniotomie. Extraction du fœtus. Délivrance artificielle.
281	38 ans	II	Fév. 1905 Avortement d'un mois	1 an	2 petits fibromes sur la part. antéro-lat. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 16 h. av. l'expuls. du fœtus.	Acc. spont. au 9e mois. M. : 30/11.
367	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome du vol. d'une noisette au fond de l'utérus.	Vomiss. au début de la grossesse.	Au cours du 9e mois. Normale.
374	35 ans	II	Mars 1905 Avortement le 3e mois	11 mois	1er petit fibrome du vol. d'une amande sur la face antéro-lat. dr. de l'utérus. — 2e fibrome aplati, large comme une paume de main à la part. basse de l'utérus.	Rupt. spont. prémat. des membr. 9 h. av. l'acc.	A terme. Enf. 2.750 gr. Mort quelques instants après la nais. M. : 24/11. Insert. du cordon sur un pont de 2 c/m réuniss. les 2 masses placent.
696	35 ans	II	13 mai 1904	23 mois	Fibrome de la partie lat. dr. de l'utérus.	Normale.	Chez elle. Au cours du 9e mois.
794	32 ans	III	Mai 1905	1 an	Fibrome du vol. d'une grosse noix sur la face ant. de l'*Utérus bicorne*.	Normale.	Au cours du 8e mois. Poids de l'enfant 1.600 gr. M. 36/7.

Année 1906 (*suite*).

NUMEROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME, ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE.	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
882	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une noisette au fond de l'utérus.	Pertes de sang pendant la gross. Rupt. spont. précoce des membr.	Au cours du 9e mois. M. : 3 1/1.
920	41 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 petits fibromes : un gros comme une noisette à la rég. antéro-sup. ; un autre dans la rég. antéro-latér. gros comme une grosse orange.	Vomiss. pendant toute la durée de la gross. Hémorragie en novembre pendant 2 j.	A terme. M. : 28/2. Poids de l'enfant : 2.320 gr.
921	42 ans	III	Sept. 1889 Avortement de 3 mois chez elle	7 mois	Un fibrome du vol. d'une mandarine sur la face antéro-sup. Plusieurs autres plus petits sur la paroi antér.	Vomiss. pendant les 5 premiers mois. Siège décompléte mode des fesses. Insert. vélamement. à 6 mm. du bord placent.	A terme. Impot. fonct. de l'utérus pendant la pér. d'exp. et la déliv. Extract. manuelle. Hémorr. pendant la délivrance. Enfant né en état de mort appar. N'a pu être ranimé. M. : 34/4.
944	33 ans	II	Juin 1903	3 ans	Un fibrome du vol. d'une noix sur la paroi antéro-sup. gauche.	Rup. spont. préc. des membr.	Au 9e mois M. : 36/5. Placent. : 680.
968	40 ans	II	17 avril 1885	11 ans	3 fibromes accessibles du vol. d'une amande sur la face antér. de l'utérus.	Traces d'albumine pendant la gross. Vomiss. pendant les 4 1ers mois survenus à toute h. du j.	Acc. spont. à terme. M. : 35/2. 1 circul. autour du cou.

OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
133	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la paroi antér. (grosseur d'une noix).	Vomiss. pendant toute la durée de la gross. (après les repas et à jeun). Rupt. prémat. des membr. 1 h. av. le début du travail. Hydramnios.	Au 9e mois M. : 36/2. 1 circul autour du cou.
139	40 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome du fond de l'utérus de la gross. d'une noisette.	Traces d'albumine vomiss. pendant les 4 1ers mois de la gross. survenant le matin. Rupt. prémat. des membr.	Au 9e mois. Déchirure partielle du périnée. 2 points de suture. M. : 32/12.
210	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petits fibromes de la face antérieure.	Rupt. spont. préc. des membranes.	Au 9e mois. Impot. fonct. Forceps O.I.D. M. : 30/10. Poids de l'enfant: 2.780 gr.
271	40 ans	VII	20 juill. 1895	2 ans; 2 ans; 2 ans 5 m.; 1 an 10 m.; *11 ans.*	1er Fibrome de la face antér. de la gros. d'une noix. 2e Fibrome de la gros. du poing, pédic. et mobile implanté vers le bord g. de l'utérus au voisin. du fond.	Crises nerv. pend. les prem. mois de la grossesse avec perte de connaiss. brusque pend. la nuit, cris, morsures de la langue. Le lendemain, la malade ne se souv. de rien, Rupt. spont. préc. des membranes.	Au 9e mois. Impôt. fonct. abs. de progress., défaut de rotat. Applicat. de forceps. M. : 33/10. Poids de l'enf. : 3.550 gr.
321	40 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la face antér. de l'utérus.	Rupt. spont. précoce des membranes.	Au 9e mois. Dél. art. 1 h. 45 ap. l'acc. nécessitée p. une hémorr. Caillots rec. : 500 gr. M. : 37/13.

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DE DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERNATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE.	TERMINAISON E LA GROSSESSE.
1.706	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une tête d'enf. sur la face lat. dr. de l'utérus.	Vomiss. d. les 7 1ers mois. Rupt. spont. préc. des membr.	Au 9e mois. Siège : S. I. G. A. Expuls. spont. Durée tot. du trav. 13 h. 1/2. M. : 30/14. Enf. 2.700 gr. placenta : 530
1.757	44 ans	III	18 mai 1905	10 ans ; 1 an 5 mois	Fibrome de la gross. d'un œuf de pigeon sur la paroi antér. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 2 h. av. le début du travail et 16 h. av. l'acc.	Au 9e mois. Durée tot. du trav. 14 h. M. : 30/11. Enf. : 2.830 gr.
1.904	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du vol. d'une orange au niv. de la corne utérine droite.	Rupture des membr. artific. à la dilatat. complète.	A terme. Acc. spont. Durée tot. du travail 28 h. 45. M. : 25/10. Enf. : 3.220 gr.
1.952	46 ans	VII	1901	2 ans ; 3 ans ; 16 ans ; 1 an ; 1 an ; 5 ans.	Volumin. fibrome, de la gross. d'une tête d'enf. de 2 à 3 ans, largem. sessile, implanté sur le bord g. de l'utérus et rempliss. la fosse iliaque gauche.	Vomiss. pend. toute la grossesse. Rupt. spont. préc. des membr.	Au 9e mois. Acc. spont. M. : 28/20. Enf. 3.010 gr.
1.982	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petits fibromes accessibles au fond et à gauche.	Vomiss. pend. les 4 1ers mois.	Au 9e mois. Membr. dissociées complètes. Travail : 22 h.
2.040	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la gross. d'une noix au niv. de la corne droite.	Pertes de sang au 4e mois pendant une journée. Pertes jaunâtres pendant toute la durée de la grossesse. Traces d'albumine au moment de l'accouch. Rupt. artific. des membr.	Acc. prémat. au 7e mois. M. : 26/6. Caduque épaisse retenue en partie. Insert. excentr. du cordon : 5 cm. du bord lat. Enf. : 1650 gr. Placenta Châteaubriand 500 gr.

TABLEAU XIII. — **Année 1907 (Janvier à fin Mai) (960 accouchements).**

DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
56	44 ans	III	15 juill. 1904	3 ans 1/2	Petits fibromes multiples sur la face ant. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 6 j. av. le début du travail.	Au 9e mois. Acc. prémat. M. : 28/16. Insuffis. de dévelopd. du maxill. inf. Abs. de voile du palais. Enf. : 2.500gr.
64	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la gross. d'une noisette sur la paroi antéro lat. g. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 13 h. av. le début du travail.	Acc. prémat. au 9e mois. M. : 20/24. Insert. excentr. du cordon à 3 c/m du bord latéral.
27	42 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petits fibromes disséminés sur toute la surface de l'utérus.	Traces d'albumine.	Acc. à terme. Durée du travail 6 j. Forceps en D. T. Délivrance artificielle. Enfant : 3.120gr. Plac. 455.
27	36 ans	II	25 nov. 1902	4 ans 3 m.	1er fibrome pédic. de la gross. d'une noix inséré sur le fond de l'utérus. 2e fibrome de la gross. d'une noisette sur la face ant. de l'utérus.	Rupt. spont. précoce.	Acc. à terme spont. M. : 35/7. Enf. : 3.950 gr.
29	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus farci de fibromes : 2 sont plus nettement perçus, un au niv. de l'ombilic, du vol. d'une grosse noix ; un autre à dr. et au-dessus, du même volume.	Rupt. prémat. des membr. 39 h. av. le début du travail.	A terme. Bassin à viciations complexes. Durée du travail : 25 h. 30. Forceps en G. T. Enfant vivant : 2.650 gr.

Année 1907 (*suite*).

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU DERNIER ACCOUCHEM.	INTERVALLE ENTRE LES ACCOUCHEMENTS	OBSERVATIONS CONCERNANT LE NOMBRE, LE VOLUME, ET L'INSERTION DU OU DES FIBROMES.	MARCHE DE LA GROSSESSE	TERMINAISON DE L'ACCOUCHEM.
624	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la gross. d'une mandarine sur la face ant. de l'utérus.	Endométrite. Rupt. prémat. des membr. à la suite d'une chute.	Au cours du 6e mois. Caduq. épaissie retenue en partie, M. 26/7. L'enfant meurt 2 j. après. Insert. vicieuse du cordon.
648	31 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la gross. d'une noisette sur la paroi ant. de l'utérus.	Vomiss. pend. les 8 prem. mois, œdème des mains et des membres infér. Albumine.	Près du terme. Insert. vicieuse du cordon. Mort du fœtus. Physométrie. Basiotripsie.
840	42 ans	IV	Oct. 1905 Avortement	5 ans 3 m. ; 3 ans 7 m. ; 1 an 7 m.	Fibromes multiples de la grosseur moyenne d'une noix sur la face antér. et sur les faces latér. de l'utérus.	Rupt. prémat. des membr. 46 h. av. le début du trav. Au 6e mois un fibrome de la paroi post. plongeait dans l'excavat. Au 7e mois ce fibrome *subit une ascension et la tête fœtale s'engagea.*	Au 9e mois. M. 37/2. Circulaire du cordon au dessus de la tête. Poids : 3.000 grammes.
827	35 ans	II	23 oct. 1895	11 ans 6 m.	Fibrome de la gross. d'un petit œuf, légèr. pédiculé, mobile, implanté sur la partie latér. dr. et antér. du segm. inférieur.	Rupt. artific. des membr. *Ascension du fibrome* au mom. de l'engag. On sent sa saillie au-dessus de l'arcade crurale.	Au cours du 9e mois. Spont. M. 26/4. Insert. excentriq. du cordon : 6 cm. du bord latéral. 1 circulaire.

CHAPITRE III

FIBROMES ET SUITES DE COUCHES

Comme au cours de la grossesse et au cours du travail, le fibrome peut, pendant les suites de couches, donner lieu à des accidents ou complications. Mais ici encore ces accidents et complications constituent l'exception.

Au cours d'un accouchement laborieux, à la suite d'une application de forceps, d'une rétropulsion plus ou moins violente, à la suite de l'attrition par compression, un fibrome peut se mortifier, s'infecter et suppurer. Et les accidents se manifestent pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement (infection, péritonite, etc.).

Ailleurs une antisepsie ou asepsie insuffisante à l'occasion d'une délivrance artificielle déterminera une infection utérine qui affectera une marche plus rapide, une gravité plus grande du fait qu'elle évoluera sur un utérus malade, fibromateux, dégénéré.

D'autres fois, des fibromes saillants à l'intérieur de la cavité utérine seront pris par un accoucheur maladroit pratiquant une délivrance artificielle pour des parties fœtales. Et des tractions exercées détermineront des accidents (leçons cliniques du Professeur Pinard).

Ou bien à la suite d'un avortement, un placenta sera retenu, incarcéré dans une loge utérine sus-jacente à un fibrome saillant. Et le placenta incarcéré s'infectera sans qu'on puisse l'extraire par le curage digital.

Voilà autant de circonstances où l'intervention chirurgicale a pu être et pourra être nécessaire. Nous allons voir quelles opéra-

tions ont été pratiquées, dans quelles circonstances elles l'ont été.

Et nous répéterons après et prouverons *encore une fois* que ces cas d'intervention ne sont qu'une infime minorité comparativement aux nombreux cas où tout se passe simplement.

Opérations conservatrices.

a) **Polypectomie vaginale.** — On a souvent extirpé des polypes déjà disloqués par le passage du fœtus, dans les jours qui ont suivi l'accouchement, pour prévenir les accidents d'infection et de gangrène.

C'est ainsi que Haliday Croom a réuni dix observations de tumeurs fibreuses pédiculées du col compliquant le post partum et ayant nécessité une polypectomie.

b) **Myomectomie vaginale.** — De même nous devons mentionner les myomectomies vaginales d'Haliday Croom et de P. Ruge : celui-ci la pratiqua avec succès dans un cas d'hémorragie inquiétante.

Cette intervention ne saurait être indiquée que dans les cas où un fibrome facilement accessible entretiendrait des phénomènes d'infection ou d'hémorragie, ce qui est l'exception.

c) **Myomectomie abdominale.** — Bourcart, de Genève, fit quelque temps après l'accouchement, une laparotomie pour kyste de l'ovaire ; il tomba sur un fibrome qu'il énucléa.

Mangiagalli, dans un cas, crut bon d'intervenir 19 jours après l'accouchement pour des fibromes qui ne régressaient pas.

Citons encore les interventions de Cameron, Treub, Doléris et celle de Jourassowsky que nous rapportons ci-après.

Ces opérations sont très rares, comme on le voit ; toutefois il peut arriver qu'un gros fibrome, cause de dystocie, ne régresse pas suffisamment après l'accouchement ou même ne régresse pas du tout : tel est le cas de Schwartz, rapporté à la Société de chirurgie.

Obs. XX. — J. K. Jourassovsky, *Wratch*, 1899, p. 202 et p. 382. — *Un cas de grossesse et d'accouchement. — Fibromyomes multiples.*

Primipare de 28 ans, arrivée à l'hôpital quinze jours avant le terme de la grossesse ; le petit bassin est occupé par une tumeur rétro-utérine, dure, ronde et immobile ; dans la paroi utérine antérieure on sent deux autres tumeurs, dont l'une cervicale. Ne croyant pas l'accouchement naturel possible, on décide d'avoir recours à l'opération césarienne sans attendre le terme de la grossesse. Mais quelques jours plus tard la tumeur du petit bassin se trouvait dégagée, remontée dans l'hypocondre droit, si bien que les choses furent abandonnées à leur cours naturel.

Huit jours plus tard le travail s'annonça en présentation du siège, mais au bout de 30 heures de travail très faible, la dilatation n'était que de deux doigts. On procède alors à la dilatation digitale du col et à l'extraction d'un pied, puis on attend quatre heures dans l'espoir de voir la dilatation s'achever, mais on est encore obligé de la compléter à ce moment. L'extraction du tronc et des membres supérieurs se fait sans peine, mais tous les efforts échouent dans le dégagement de la tête, enserrée par l'anneau cervical ; l'enfant étant mort, on termine l'accouchement par la basiotripsie et la crânioclasie. Les suites de couches furent absolument normales, sauf l'involution très lente ; trois semaines après l'accouchement, on fit la laparotomie et l'ablation d'un gros fibromyome pédiculé, en laissant en place les fibromes interstitiels multiples, afin de ne pas prolonger l'opération. La guérison fut des plus simples et la santé de l'opérée, revenue huit mois plus tard, est excellente.

Dans la discussion qui suit on reproche à l'auteur d'avoir laissé les fibromes qui étaient énucléables, de n'avoir pas incisé le col rigide, d'avoir attendu la dilatation pendant quatre heures après l'abaissement du pied.

Opérations mutilatrices.

a) **Hystérectomie vaginale.** — Quelquefois la tumeur infectée a des proportions si considérables et empiète tellement sur la substance utérine que ce serait ajouter à la gravité de l'opération que de la faire incomplète. Il faut donc extraire tout l'utérus ; certains ont agi par la voie vaginale, l'utérus étant facilement abaissable, de volume médiocre et le vagin large et dilatable ;

tels sont les cas de Faguet et de Baudron et Doléris, rapportés dans la thèse de Türner.

b) **Hystérectomie abdominale.** — D'autres préfèrent la voie haute, qu'il y ait infection simple ou complication péritonéale.

Selon les cas on a pratiqué le Porro, l'hystérectomie subtotale ou l'hystérectomie abdominale totale.

Croom, en 1892, pratiqua l'opération de Porro, après un accouchement à 7 mois, pour utérus bicorne et fibromateux infecté.

De même avait procédé Mann en 1887, pour un fibrome suppuré après fausse couche.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale est préférée par Ricard et Tissier, Monod, Mauclaire, dont nous donnons les observations ci-après.

Ils sont intervenus pour rétention placentaire, pour infection, pour suppuration consécutivement à des avortements.

Mann, Carle et Gatti, dont nous donnons les observations plus loin, Treub ont donné la préférence à l'abdominale totale et les indications étaient les mêmes. Cela nous permet d'ailleurs de constater une fois de plus, que l'avortement compliqué ou non de fibromes, est plus grave que l'accouchement.

Les résultats de toutes ces opérations sont souvent défavorables, car le plus souvent l'infection ne reste pas localisée au fibrome. Elle s'étend à tout le parenchyme utérin et se généralise rapidement, offrant le syndrome clinique de l'infection puerpérale.

Obs. XXI. — Monod. — *Avortement. — Rétention placentaire dans un utérus fibromateux. — Curettage impossible. — Infection. — Hystérectomie. — Mort* (in Th. Mouchotte).

G..., 41 ans, femme L..., couturière, entre le 10 mai 1900 à la Maternité de l'hôpital St-Antoine (service de M. le Dr Bar).

Rougeole à 7 ans, scarlatine à 9 ans, fièvre typhoïde à 16 ans, bronchite et pneumonie à 40. Réglée à 16 ans et demi, toujours régulièrement. Pas de pertes blanches. Pas de douleurs abdominales. Pas de

métrorrhagies. Quatre grossesses (18, 19, 38, 41 ans), les 2 premières terminées par une fausse couche de 6 mois, la 3e par une fausse couche de 2 mois, la 4e par la fausse couche actuelle. Les 3 premières fausses couches eurent des suites normales.

Grossesse actuelle : dernières règles, 25 janvier.

Le 10 mai, à 3 heures du matin, la femme expulse son fœtus. Elle est amenée à la Maternité de l'hôpital St-Antoine, à 10 heures du matin pour être délivrée.

La malade n'a pas perdu une grande quantité de sang. Le toucher révèle un col long et fait constater au-dessus de lui la présence d'un gros fibrome. Ce fibrome fait hernie dans la cavité utérine. Il existe dans cette cavité un petit diverticule à droite et un grand diverticule à gauche. Dans le diverticule gauche, la curette pénètre facilement et extrait, outre des caillots, des débris placentaires. Ecouvillonnage, tamponnement.

T. s., 37°3.

11 mai. T. m., 37°. L'intervention est renouvelée. La curette ne peut pénétrer, au fond du diverticule à gauche ; les écouvillons y pénètrent, mais ne ramènent rien. Tamponnement intra-utérin.

12. — T. m., 36° 8 ; T. s., 37°3. Pansement utérin à la gaze iodoformée.

13. — T. m., 38°2 ; T. s., 37°.

14. — T. m., 38°2 ; et 37°5.

15. — T., 37°4 et 39°4.

Un peu de céphalée. Pas de vomissements. La malade souffre un peu dans le ventre à gauche.

16. — T. 37°4 et 37°06. La malade est passée au pavillon Gosselin, dans le service de M. Monod.

17. — T., 38°8 ; P., 120. M. Monod pratique une hystérectomie abdominale supra-vaginale. A la section du col utérin, on voit que l'utérus renferme du pus. Thermo-cautérisation de la cavité cervicale. Une mèche est placée dans cette cavité et passée dans le vagin (Elle demeure en place jusqu'au lendemain). Suture du moignon cervical au catgut. Péritonéalisation. Drain (Mikulicz). Suture de la paroi en un plan. Soir, T., 39°6 ; P., 120. Nuit : la malade dort.

18. — T., 39° ; P., 128. Respiration 26. Pansement.

19. — T. m., 37°8 ; P., 130. La mèche du Mikulicz est enlevée.

Peu de suintement. Drain changé. Ventre souple, non douloureux. Toux pénible. Enrouement marqué. Sérum.

20. — T. m., 37°3 ; P., 124. Somnolence. La malade devient indifférente. Agitation par moments. Aphonie. Respiration gênée (25 par minute). Ventre ballonné, douloureux à la pression. Pansement, lavement, purgation, sérum.

21. — Vomissements bilieux, fétides. Prostration. Pouls rapide avec température normale. Lors du pansement, on constate que le ventre, très ballonné, distend fortement les sutures. Suintement purulent de la plaie.

Agitation marquée. A 4 heures, la température monte à 38°6. La malade meurt à 6 heures.

Pas d'autopsie.

Examen de l'utérus enlevé par hystérectomie. — L'utérus renferme un fibrome intra-utérin à la surface duquel la muqueuse utérine est absente, enlevée par le curettage précédent. Le fibrome est sphacélé superficiellement ; il a une odeur de putréfaction. Le volume est celui d'une tête de fœtus à terme.

Poids de la pièce : 1,950 grammes.

Toute la cavité utérine est remplie par ce fibrome sur lequel se moule la paroi. Complètement au-dessus de ce fibrome, inaccessible, adhère au fond utérin le placenta en rétention.

Obs. XXII. — Mauclaire, *Soc. d'obstétr., de gynécol. et de pædiatrie de Paris*, 12 mai 1906, p. 120 et 121). — *Suppuration d'un fibrome utérin consécutivement à une fausse couche avec fièvre.*

Plusieurs observations ont déjà été rapportées ici parce que le diagnostic avait été très difficile. C'est un cas de ce genre que je vais résumer aujourd'hui.

X..., âgée de 32 ans, entre le 22 février 1906 dans mon service à l'hôpital Dubois. Dans les antécédents de cette malade, on note une fausse couche, il y a cinq ans. Cette jeune femme a toujours été bien réglée, sans métorrhagie, ni ménorrhagie. Les dernières règles dateraient du mois de janvier dernier.

15 février. — Pertes de sang très abondantes avec caillots et fausses membranes après manœuvres abortives probablement.

Depuis, les pertes sanguines sont assez abondantes.

22. — A l'examen de l'abdomen je note une grosse tumeur du volume du poing au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane et collée contre l'utérus. Elle a une consistance ligneuse. A sa partie supérieure elle est bien distincte de ce que je crois être le fond de l'utérus. Le col est mou, entr'ouvert. L'utérus parait repoussé à gauche. La tumeur et l'utérus forment une masse qui occupe tout le petit bassin et déborde la symphyse à droite comme je l'ai indiqué ; pas de fièvre.

La malade est maintenue en observation, car je ne sais pas si la fausse couche est faite.

25. — Expulsion d'un fœtus de deux mois.

28. — Expulsion de caillots. La température monte à 39° ; elle persiste les jours suivants.

2 mars. — Curettage utérin qui ramène peu de débris placentaires. La cavité utérine est déviée à gauche. Avec l'hystéromètre,on se dirige à gauche, indépendamment de la grosse tumeur dont le volume et la consistance ne diminuent pas.

Les jours suivants la malade a des oscillations de température très grandes, en rapport avec une suppuration très abondante s'écoulant par l'orifice du col utérin. Une tige Mouchotte est mise dans l'utérus, mais chaque fois que l'on touche à celui-ci, la température s'élève. La malade ne peut supporter la tige.

6 avril. — La température descend à la normale. La tumeur para-utérine présente toujours les mêmes caractères. Il n'est plus possible de penser à un utérus non régressé. L'abondant écoulement de pus phlegmoneux et verdâtre persiste.

26 avril. — Laparotomie exploratrice. Je trouve un utérus fibromateux, très volumineux, asymétrique. La moitié droite est très déformée par un fibrome interstitiel. Sur le fond même de l'utérus on voit s'insérer un petit fibrome sous-péritonéal pédiculé et du volume d'une mandarine. Les annexes sont saines.

Hystérectomie supra-vaginale.

Les suites opératoires ont été régulières.

A l'ouverture de la cavité utérine, on voit que celle-ci est légèrement augmentée de volume. Mais en avant existe une surface au niveau de laquelle la paroi est irrégulière avec des saillies multiples recouvertes de pus ; cette masse n'est pas énucléable.

S'agit-il d'un fibrome suppuré ou de fragments placentaires retenus ?

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de fibrome (M. Petit) ou de fibrosarcome (Ferrand).

Je pense que cette observation est intéressante, tout d'abord, parce que le diagnostic de fibrome interstitiel était difficile à poser. Je pensais plutôt à une tumeur péri-utérine. De plus, les pièces en main, il était encore difficile de dire s'il s'agissait de rétention placentaire ou de fibrome suppuré. Il est vrai que la consistance devait faire penser plutôt au fibrome chez une femme peu âgée, mais qui n'avait eu aucun trouble utérin jusqu'ici.

Obs. XXIII. — Tissier, *Soc. d'obstétrique de Paris*, 9 février 1898. — *Utérus fibromateux gravide* ; *avortement* ; *menace d'infection* ; *hystérectomie.* — *Présentation de pièce.*

La malade, femme B..., qui m'a fourni la pièce que je vous soumets, est entrée le 25 décembre, au milieu de la nuit, à l'hôpital Saint-Antoine, où je supplée le Dr Bar.

C'est une femme de 38 ans, sans antécédents héréditaires importants, bien réglée depuis l'âge de 14 ans et toujours bien réglée depuis lors, n'ayant jamais fait d'autre maladie qu'une rougeole dans l'enfance.

Elle fut mariée une première fois pendant 14 ans, sans jamais aucun retard permettant de supposer une grossesse. Puis devenue veuve, elle s'est remariée en juillet dernier et, pour la première fois de sa vie, a vu ses règles manquer au milieu de novembre (la précédente époque ayant duré du 10 au 14 octobre). Comme, peu après, des troubles gastriques, insolites, d'intensité légère, apparaissaient, et comme, en même temps, il semblait que le ventre grossissait, notre femme ne douta pas qu'elle fût enceinte.

Le mois de novembre se passa bien ; de même le mois de décembre jusqu'au 18 ou 19. A ce moment, sans fatigue particulière, de petites hémorragies vaginales se produisirent et se répétèrent. La malade n'avait remarqué qu'une seule chose : la difficulté depuis une quinzaine, des rapports conjugaux qui, très normaux jusque-là, ne s'accomplissaient plus qu'incomplètement. Nous en verrons plus loin la cause.

L'hémorragie s'accrut subitement dans la journée du 24 décembre et, devenue tout à coup très abondante en s'accompagnant de douleurs abdominales, elle décida la malade à se rendre dans notre service au milieu de la nuit, le 25, à 3 h. 1/2 du matin.

A l'examen : femme anémiée avec pouls fréquent, sans fièvre ; le membres inférieurs sont légèrement variqueux, mais la jambe et la cuisse droite sont le siège d'un œdème considérable, la jambe gauche n'étant qu'à peine enflée. Cet œdème ne serait énorme que des jours derniers. Il n'y a pas d'albumine dans les urines et les poumons et le cœur ne sont le siège d'aucun trouble fonctionnel.

Quant au ventre , il est manifestement hors de proportion avec les dimensions qu'il devrait présenter s'il n'y avait qu'une grossesse de cinq à six semaines. La paroi est soulevée par une tumeur irrégulière et bosselée qu'on peut reconnaître à la vue. Cette tumeur, mieux délimitée par la palpation,est composée de plusieurs portions réunies et formant masse, qui remonte au-dessus de l'ombilic et se confond en bas en un large pédicule derrière le pubis ; elle n'est pas fixée absolument, mais ne peut guère se mobiliser ; sa consistance est partout uniformément dure ; elle est mate dans toute son étendue et ne présente pas de fluctuation. Toutes ces investigations sont parfaitement indolores ; la paroi abdominale est mobile sur la tumeur ; la peau n'a subi aucune altération, ni changement de couleur, ni vascularisation anormale. Enfin, l'indépendance est certaine vis-à-vis du foie, des reins et de la rate.

En touchant la malade, tout de suite au-dessus de la vulve, le doigt butte contre une tumeur dure, hémisphérique, remplissant toute l'excavation. Cette tumeur, enclavée dans le canal pelvien, recouverte par la muqueuse vaginale, n'est pas refoulable,ni déplaçable ; elle communique évidemment avec la masse sus-pubienne. Le doigt, passé en arrière, est aussitôt arrêté par le cul-de-sac ; en avant, au contraire, il peut difficilement s'engager, au prix d'une forte compression, dans un chenal extrêmement aplati et très allongé, qui mène au-dessus du pubis sur une portion qui semble être un col ramolli d'utérus gravide, légèrement béant, occupé par quelques débris de caillots.

L'exploration rectale fait constater en avant de l'intestin la présence d'une tumeur dure, lisse, arrondie remplissant le pelvis :

Fibrome utérin multilobé, avec prolongement enclavé dans le petit bassin, comprimant les vaisseaux iliaques et causant l'œdème.

Utérus très vraisemblablement gravidique (grossesse de 6 semaines).

Quant à la place de l'utérus par rapport à la tumeur, il était plus difficile de se prononcer. Le palper minutieux de la région hypogastrique ne laisse soupçonner nulle part la présence du corps utérin ; partout c'est la résistance uniforme de la masse fibreuse.

Enfin, cette femme enceinte est en imminence d'avortement, et l'on peut considérer que l'évacuation du produit ovulaire par les voies naturelles obstruées est impossible. Dans ces conditions la putréfaction intra-utérine dans un temps plus ou moins éloigné est presque fatale.

Le fibrome, insoupçonné depuis fort longtemps, a subi sans doute un accroissement énorme dès le début et du fait de la grossesse ; le prolongement inférieur, en se développant, s'est engagé au-dessous de la ligne innominée et s'est enclavé assez récemment, à croire ce que nous dit la patiente relativement aux rapprochements sexuels.

Le Dr Bar voulut bien examiner la malade et tomba d'accord avec nous sur ce point : 1° que le refoulement de la tumeur était impossible ; 2° que l'espoir de voir, sous les efforts utérins, le canal pelvien se désobstruer, pour permettre l'expulsion de l'œuf ou seulement les lavages détersifs intra-utérins, était illusoire ; que, par suite, l'expectation était dès lors grave imprudence.

Une seule conduite était possible, étant donné le volume de la masse fibreuse : l'intervention par voie abdominale et l'ablation totale ou partielle selon les circonstances, des fibromes et de l'utérus.

Mais l'intervention immédiate n'était pas nécessaire. Mieux valait gagner quelques jours, désinfecter la patiente, la préparer à l'opération en la tonifiant par les injections de sérum et autres moyens appropriés.

Pendant les quatre jours qui suivirent le jour d'entrée, il y eut quelques douleurs lombaires et contractions utérines ; les hémorragies ne se reproduisirent pas, mais les deux derniers jours, le 28 et le 29, le suintement vaginal rouge-noirâtre, sans présenter à proprement parler de la fétidité, prit un peu d'odeur. Surtout la température axillaire monta le 27 décembre à 39° ; le matin du 28 à 37°4 et le soir à 38°4, le matin du 29 à 37°6 et le soir à 39°4. On ne pouvait plus attendre, et l'opération fut pratiquée, avec l'assistance et la participation active on ne peut plus précieuse pour nous du docteur Ricard, le 30 décembre à 11 heures du matin. La température était encore ce matin de 38°.

Je passe rapidement sur les détails opératoires :

Ouverture du ventre dans la position inclinée. Mise à nu du fibrome au milieu duquel l'utérus est confondu. Pas d'adhérence de voisinage. La tumeur, fortement portée en avant, fait, par bascule, désenclaver le prolongement pelvien. La vessie est décollée et refoulée en bas : le bord supérieur du ligament large gauche, sectionné et pincé avec ligature

des vaisseaux ovariens ; le ligament ouvert permet d'arriver tout droit sur l'artère utérine qui est liée.

Même opération du côté droit et section transversale du vagin à son insertion sur le col avec taille oblique du col.

Le canal cervico-vaginal est lavé à la solution forte d'acide phénique, suturé au catgut, recouvert par les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur qui sont suturés à leur tour. Suture de la paroi abdominale au crin de Florence.

L'opération avait duré le temps que je mets à vous l'exposer. Les suites en furent parfaites. La veille de l'opération, la température était de 39°4 : jamais plus le thermomètre ne monta au delà de 37°, sauf le lendemain 31 décembre, où il atteignit au soir 38°.

Il n'y eut aucune espèce d'incident, si ce n'est le suivant. Le troisième jour, 2 janvier, en dépansant la malade, je vis à la commissure supérieure de la plaie, entre le premier et le deuxième fil, un petit prolongement polyforme rougeâtre, gros comme la moitié du petit doigt, saillant de 2 à 3 centimètres. C'était un petit prolongement épiploïque qui, sectionné, donna un petit jet de sang artériel. Je le liai, le cautérisai à diverses reprises au thermo-cautère : en quelques jours tout prit fin.

Les sutures avaient été faites avec le soin de prendre successivement chaque couche, peau, aponévrose, muscle, péritoine ; les points étaient rapprochés d'un centimètre à peu près et cette petite hernie s'est tout de même produite. Même incident m'était arrivé précédemment lors d'une opération césarienne en octobre dernier.

Le septième jour, les fils furent enlevés ; le vingt et unième, premier lever ; à la quatrième semaine, la malade nous quittait pour retourner chez elle et vaquer à ses occupations. Elle se porte à merveille et, si je ne l'ai pas fait venir ce matin, c'est que j'ai pensé qu'il ne vous intéresserait pas de voir une cicatrice du ventre, un vagin très souple avec un petit col au-dessus duquel on ne sent rien du tout.

Quant à la pièce, la voici. Elle se compose de trois fibromes, gros à peu près chacun comme une tête de fœtus, divergents et réunis à leur base en une grosse masse. L'utérus n'est reconnaissable d'aucune façon ; aussi nous avons été bien inspiré, lors de l'examen, en nous abstenant de préciser sa situation. Comme sur la face antérieure on voit le col, en incisant dans la cavité du col nous ouvrons la matrice dont les parois sont constituées par le tissu des fibromes.

La cavité est recouverte de muqueuse ; au fond est appendu comme une sangsue, l'œuf rougeâtre, répondant à peu près à une grossesse de six semaines. A la partie inférieure de cet œuf s'échappe un petit cordon ténu qui est le cordon ombilical ; les parois sont infiltrées de caillots de sang ; la cavité, tapissée d'amnios, est vide.

Dans sa totalité la masse pèse 3 kil. 135 ; elle est plus haute que large et mesure dans ses dimensions verticales 31 centimètres et dans ses dimensions transversales 19 centimètres. Outre les trois tumeurs principales, dont la plus volumineuse est celle qui faisait saillie dans le vagin, la masse fibromateuse est toute bossuée par sept ou huit autres tumeurs variant du volume d'une noisette à celui d'une mandarine.

La cavité utérine mesure 13 centimètres de hauteur.

Le col est situé à 12 centimètres au-dessus de l'extrémité du prolongement fibromateux intra-pelvien.

Obs. XXIV (résumée). — Carle et Gatti, *Policlinico*, Roma, 1895, citée in th. Guéry. — *Fibrome utérin. Avortement. Endométrite décidiuale. Abcès central du fibrome. Hystérectomie, abdominale. Guérison.*

Malade âgée de 35 ans, entre à l'hôpital de Turin le 22 février 1894.

Réglée à 15 ans, A 17 ans, fièvres intermittentes. Depuis 2 ans, les règles viennent irrégulièrement : tantôt tous les 25, tantôt tous les 15 jours, et durent de 7 à 8 jours. Pertes blanches, constipation habituelle. Depuis 2 ans aussi la malade commence à remarquer, dans la région sus-pubienne et plutôt du côté gauche, le développement d'une tumeur dure, du volume d'une grosse pomme ; elle ressent surtout aux époques menstruelles, des douleurs dans la région lombaire.

Le 10 janvier 1894, après un intervalle menstruel de 25 jours, commence tout-à-coup une métrorrhagie considérable qui va continuer avec des accalmies et des recrudescences jusqu'à la fin de février. Pendant tout ce temps la malade est affaiblie et a souvent la fièvre. Dans la soirée du 22 février les pertes deviennent plus abondantes avec expulsion de gros caillots noirâtres. Le lendemain matin on transporte la malade très affaiblie à l'hôpital : les pertes s'arrêtent spontanément.

Examen de la malade.— A la palpation abdominale, on constate une tumeur arrivant à l'ombilic, globuleuse, de surface lisse, de consistance plutôt molle. A l'exploration vaginale, on sent une tumeur dépendant

de l'utérus et un col mou, assez dilaté pour livrer passage à deux doigts. On pense à une fausse couche ; la malade accuse, en effet, depuis quelques mois des nausées, des vomissements, des éblouissements, des modifications du côté des seins.

On porte alors le diagnostic d'endométrite déciduale suivant un avortement, dans un utérus atteint de fibrome.

Le 23 février 1894, on fait un curettage qui ramène des débris divers, que le microscope montre être des villosités choriales, du tissu glandulaire et des cellules de pus.

Malgré le curettage, la température qui oscillait entre 39° et 40°5 descend d'abord à 38°5, mais reste les jours suivants à 38°6 le matin, et 39° le soir.

En présence de cette fièvre persistante, de la persistance aussi d'une grosse masse utérine et d'un écoulement vaginal muco-purulent, on se décide à intervenir. Le professeur Carle pratique l'hystérectomie abdominale totale ; il trouve une masse solide régulièrement ovalaire, très volumineuse, dépendant de l'utérus, non adhérente aux organes voisins. Après l'opération, la température descend à la normale et s'y maintient. La malade se sent de suite soulagée et quitte l'hôpital 26 jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de 7 mois, elle est dure dans sa partie postéro-latérale droite ; elle est molle et fluctuante dans la partie antéro-latérale gauche.

Le museau de tanche est mou et dilaté, sa muqueuse lisse. La cavité utérine, située sur le côté droit de la tumeur, est allongée et dilatée, sa surface est lisse et dure, elle présente un polype attaché au fond et deux petits fibromes interstitiels. La masse néoplasique est développée dans la partie antéro-latérale gauche de l'utérus, là où on sentait la fluctuation. Si on incise au point ramolli, à une profondeur de 2 centimètres, on arrive dans une cavité sphérique du diamètre d'environ 12 centimètres, d'où coule un pus verdâtre, très fétide, contenant des débris sphacélés. La partie postérieure de la tumeur a l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses. Les parois de l'abcès ont une épaisseur maxima de 2 centimètres en avant et une épaisseur minima de 1 centimètre et demi en arrière, le séparant de la cavité utérine. Annexes droites normales. Ovaire gauche kystique.

Examen histologique et bactériologique. — Cultures de pus. Nous pouvons conclure qu'il s'agit de *staphylococcus pyogenes albus.*

La paroi de l'abcès est formée d'une membrane pyogène épaisse de 1 centimètre ; le tissu musculaire situé immédiatement au-dessous est infiltré de cellules purulentes et en voie de nécrose et de liquéfaction.

La trame musculaire qui sépare la cavité de l'abcès de celle de l'utérus est formée de tissu musculaire en dégénérescence nécrotique, riche en vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques ; la lumière de ces vaisseaux, surtout des vaisseaux sanguins est souvent oblitérée par une substance amorphe décolorée, par des cellules de pus et des microcoques longeant la paroi du vaisseau.

La paroi de la cavité utérine est dépourvue d'épithélium. A la surface du polype se trouvent des amas de cellules purulentes et de cocci libres ou contenus dans une cellule de pus Le tissu conjonctif interglandulaire est en proie à l'infiltration purulente.

Le tissu du fibrome, en un point éloigné de l'abcès, est formé de faisceaux de fibres musculaires lisses séparées par des stries de tissu conjonctif.

Polype du fond de la cavité utérine et 2 fibromes interstitiels. La masse néoplasique est développée dans la partie antéro-latérale gauche de l'utérus. Son centre est occupé par un volumineux abcès. La culture du pus révèle le staphylococcus pyogenes albus.

En somme, dans ce cas, il nous semble que le fibrome a interrompu la grossesse et produit l'avortement ; d'autre part, la grossesse a influencé le fibrome en déterminant le ramollissement d'une de ses parties ; enfin, l'avortement, en produisant une endométrite septique à staphylocoques, a causé, par propagation vasculaire des micro-organismes au point ramolli du fibrome, la suppuration de la tumeur.

Obs. XXV. — Mann. *Americ. gynæcol. and obst. Journ.*, 1896, t. I, p. 452-453. *Fibromes utérins. Avortement provoqué Rétention placentaire. Infection. Curage complet impossible. Hystérectomi abdominale. Mort.*

Femme de 35 ans, primipare. Lorsqu'elle vint consulter, elle était enceinte de 2 mois ; elle avait de grosses tumeurs qui semblaient augmenter rapidement. Inquiète, elle venait demander conseil.

Je fus d'avis d'attendre jusqu'au 4e mois et alors de pratiquer l'avortement si les tumeurs continuaient à augmenter,

Deux mois plus tard, cette femme entra dans ma clinique privée. La grossesse était dans son 4e mois, et l'abdomen avait le volume qu'il a à terme. Comme il me semblait qu'il ne serait pas possible à l'abdomen de contenir les tumeurs et le fœtus si celui-ci continuait à se développer, je décidai de pratiquer l'avortement.

Je trouvai cet avortement difficile à faire. Finalement, le travail commença et le fœtus fut expulsé. La délivrance ne s'effectua pas et je fus obligé d'enlever le placenta avec les doigts et le forceps placentaire. Mes doigts pouvaient à peine pénétrer dans la cavité utérine. Une excroissance, sur le côté droit de la tumeur, obstruait en partie cette cavité et la rendait semi-circulaire. Avec la curette et le forceps, je retirai autant que je pus de placenta et je fis des lavages utérins.

La malade alla bien pendant 2 jours. Le 3e jour, la température monta à 101°5 F., le jour suivant à 102° avec pouls à 120. Je fis des douches répétées dans la cavité utérine. Et la température se maintint à 101° F., pendant les 5 jours qui suivirent. Le 10e jour, la température remonta à 102°5 F., avec pouls à 110. Il me sembla alors que le moment était venu pour intervenir.

L'opération fut acceptée.

Le 10e jour après l'avortement, j'ouvris le ventre. A ce moment je perçus une assez forte odeur de putréfaction. Je trouvai une grande tumeur attachée au corps de l'utérus avec un pédicule aussi large que le poignet. La tumeur était presque noire et complètement putréfiée. Les intestins n'y adhéraient pas. Enfin, il y avait encore sur le corps de l'utérus des excroissances plus petites. Je fis une hystérectomie totale, je lavai la cavité abdominale et mis des drains.

Cependant il était trop tard et la malade mourut 24 heures après l'opération.

Examen des pièces. — Grande tumeur attachée au corps utérin avec pédicule aussi large que le poignet. La tumeur était presque noire et complètement putréfiée. Les intestins n'y adhéraient pas. Enfin il y avait encore sur le corps de l'utérus des tumeurs plus petites.

L'ensemble des tumeurs pesait 9 livres.

A l'examen de l'utérus, je trouvai un long canal utérin semi-circulaire et un petit morceau de placenta putréfié resté à l'angle supérieur.

Mais, nous nous plaisons à le répéter, ces interventions sont exceptionnelles absolument, comme on peut s'en rendre compte en jetant un coup d'œil sur les tableaux statistiques de la clinique Baudelocque, que nous avons publiés plus haut.

CHAPITRE IV

DE L'INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT SUR L'ÉVOLUTION DES FIBROMES

Le fibrome régresse après l'accouchement — s'il est encore vivant et en voie d'évolution. Il suit l'involution utérine.

Cette régression est parfois considérable quand la femme allaite. Telle est quelquefois l'influence de l'allaitement que le fibrome peut disparaître complètement. Maints exemples nous en ont été cités par notre maître Pinard.

Entre autres faits, nous publions les suivants :

Obs. XXVI (Clinique Baudelocque). — *Siège complet. — Fibrome de l'utérus.— Fœtus présentant un enfoncement de la région temporo-pariétale gauche. — Injection intra-utérine. — Bassin rétréci, 10 centimètres.*

Ménagère, 44 ans. Entrée au dortoir le 17 février 1902, salle de travail le 19 avril.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère morte.

5 frères et sœurs vivants.

1 mort d'affection pulmonaire.

Antécédents personnels. — A marché à 9 mois.

A toujours bien marché.

Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement.

En 1884, pleurésie.

En 1891, fièvre typhoïde.

En 1894, éprouve avant les règles des douleurs dans les reins et dans le ventre. Pertes plus abondantes et plus rouges, pertes blanches. Ces différents symptômes cessent avant la dernière grossesse.

Premier rapport à 19 ans.

I. 18 *juin* 1878. — Accouchement normal chez elle, fille, sein maternel 3 mois, morte en mai 1879 de méningite.

II. 23 *août* 1880. — Accouchement normal chez elle, fille, sein maternel 1 an, actuellement bien portante.

III. 19 *janvier* 1883. Accouchement normal chez elle, fille, sein maternel 14 mois, a présenté kyste hydatique à 15 ans (fut opérée par M. Kirmisson), pleurésie, actuellement bien portante.

IV. 17 *mai* 1888. — Acccouchement normal chez elle, sein maternel 14 mois, actuellement bien portante.

V. 5 *février* 1890. — Accouchement normal chez elle, fille, sein maternel 14 mois, actuellement bien portante.

VI. 29 *mai* 1893. — Accouchement normal chez elle, phlébite 15 jours après l'accouchement, garçon, sein et biberon 1 an, mort de méningite.

Tous les enfants se sont présentés par la tête.

Grossesse actuelle : Dernières règles, 14 juillet 1901. Hauteur utérine, 40 centimètres.

Entrée dans le service au 7e mois. Accouchée au 9e mois.

Venait de l'asile Michelet. Faisait son ménage.

Dernier rapport il y a 4 mois.

Pas d'albumine pendant la grossesse. Pas d'albumine au moment de l'accouchement.

Squelette normal. Peau normale. Cœur normal. Poumons normaux. OEdème nul. Varices des membres inférieurs. Sein normal. Ventre normal.

Utérus : fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus sur la paroi latérale de l'utérus.

Tension des parois moyenne. Présentation du siège. Engagement non effectué. Position droite, variété postérieure. Bassin promontoire accessible, 10 centimètres : (M. Couvelaire). Auscultation bonne.

17 *février*. — Le fibrome est situé sur la face latérale gauche de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'arcade pubienne et à gauche. Il est de consistance très ferme, du volume du poing, mais aplati d'avant en arrière, peu mobilisable, indolore.

24. — La tumeur s'est modifiée dès le 19 et est devenue douloureuse ; de la diarrhée est apparue.

24. — A l'examen, la tumeur est augmentée, ramollie située sur la ligne médiane au-dessus du pubis et mobilisable dans le sens transversal, un peu douloureuse au palper, hauteur 15 centimètres, largeur 15 centimètres.

26. — On trouve l'extrémité céphalique ballottant au niveau de la corne, et l'extrémité pelvienne, dans la fosse iliaque gauche, dos regardant en haut et à droite, le ventre à cheval sur la tumeur.

19 *avril*. — La tumeur est antéro-latérale gauche, son centre est un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Dimension 20 cm/20 cm, mobilisable, non douloureuse.

Cette femme entre en travail le 19 avril, 8 h. matin. On constate alors que le siège est en bas, d'aplomb, mais non engagé. Le dos est à droite et la tête en haut.

Le sillon du cou est nettement perçu.

L'auscultation est bonne.

4 h. soir les membranes se rompent spontanément.

La dilatation n'est alors que de 5 francs et l'on sent par le toucher le pieds du fœtus.

Les contractions sont peu fortes et assez espacées.

A 2 h. 30 matin, 20 avril, la dilatation est presque complète et les pieds viennent se montrer à la vulve.

3 h.30, la dilatation est enfin complète et la femme pousse mise en position obstétricale. Les membres inférieurs se dégagent, puis le tronc, lentement car l'enfant est volumineux.

On fait l'anse au cordon. A ce moment le tronc étant dégagé, l'enfant fait des mouvements inspiratoires très accentués, les bras sont relevés et leur abaissement est très difficile, reste la tête très haute au niveau du détroit supérieur ; c'est avec peine que l'index arrive à accrocher le maxillaire supérieur ; l'extraction de la tête est des plus pénible et demande plusieurs minutes.

L'enfant (3.550 gr.) naît en état de mort apparente et il faut 15 minutes de soins, désobstruction des voies respiratoires, bain sinapisé, pour qu'il se mette à crier.

Il présente dans la région temporo-pariétale gauche un enfoncement très marqué,

Pas de lésions périnéales, injection intra-utérine.

Du côté de la mère, température normale, 36°6, mais pouls rapide, 116, qui monte à 124.

Etat syncopal qui persiste encore plusieurs heures après l'accouchement (les dimensions de l'utérus n'ont pas augmenté).

Dans la nuit du 9 au 10, la malade se plaint de douleurs dans les mol-

lets, de frissons, maux de reins, point de côté. A partir de ce moment elle est soumise au régime lacté absolu.

Le 8 *août* 1902, elle vient consulter. Examinée par M. le Dr Couvelaire, lequel constate que le fibrome est volumineux et facilement palpable par la voie abdominale. La femme accuse de temps en temps des douleurs de rein, léger écoulement sanguin, et séro-sanguin déterminant une irritation des organes génitaux externes.

Injections vaginales à la guimauve lui sont recommandées ainsi que des toilettes fréquentes.

Pas de constipation.

La mère nourrit son enfant au sein, elle viendra dans un mois avec lui.

7 *novembre* 1902.— Cette femme vient dans le service avec son enfant, son fibrome n'a plus que 8 cm. 1/2 de diamètre en hauteur.

L'enfant qu'elle allaite elle-même est superbe, l'enfoncement qu'il présentait sur le pariétal gauche s'efface de plus en plus et paraît très peu (1).

Obs. XXVII. — (Due à l'obligeance de M. le Dr Gerst).

Mme B...., à Boulogne-sur Seine, 37 ans, II pare, mariée en janvier 1895. Première grossesse débutant en février de la même année. En juillet 1895, voit le Dr Besançon, de Boulogne, parce que, se croyant enceinte, depuis deux mois environ elle a remarqué que l'abdomen n'augmente plus de volume. De plus elle a de légères pertes roussâtres. Le Dr Besançon constate qu'il n'y a pas d'albumine dans les urines et recommande à Mme B.... d'aller voir M. Pinard.

Le 2 octobre 1895, M. B... est vue par M. Pinard qui fait les constatations et recommandations suivantes : « Utérus emphysémateux développé comme dans une grossesse de deux mois 1/2 environ. Col mou. En raison des symptômes observés : disparition des règles, etc., etc..., il est probable que le fœtus est mort et retenu dans la cavité utérine. En tous cas, je conseille l'expectation Seulement il est nécessaire de faire matin et soir des injections vaginales antiseptiques, etc. ».

En janvier 1896, Mme B... ressent de légères douleurs à 11 heures du soir. A 2 heures du matin, elle expulse un œuf complet contenant un fœtus momifié. Mme B... se repose au lit 15 à 20 jours. Dans les deux mois

(1) Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Dr L. Masson, de sa bonne obligeance à nous communiquer les éléments essentiels de cette observation.

qui suivent, elle a des pertes de sang fréquentes mais peu abondantes. Au bout de 2 mois elle reprend ses occupations habituelles et, pendant les années qui suivent, elle est régulièrement réglée tous les 28 jours, sans avoir de pertes dans l'intervalle des règles.

Deuxième grossesse.

Mme B.... a ses règles pour la dernière fois du 12 au 15 avril 1906.

En juillet 1906, ne se croyant pas enceinte, inquiète de ne pas avoir ses règles, elle va revoir M.Pinard qui fait le 20 juillet les constatations suivantes : « La suppression des règles depuis le 15 avril, le ramollissement du col, l'augmentation de volume de l'utérus rendent le diagnostic de grossesse très probable ; mais à côté de l'utérus, il y a une autre tumeur probablement de nature fibromateuse qui plonge dans l'excavation et qui a le volume d'une tête de fœtus à terme. » M.Pinard conseille : « D'éviter toute fatigue et de surveiller avec grand soin la régularité des fonctions intestinales et vésicales. »

Le 15 octobre 1906 nouvel examen par M. Pinard :

« Battements cardiaques fœtaux bien frappés ; l'excavation paraît se dégager. Donc ne rien faire que surveiller toutes les fonctions, analyser les urines et ne pas se surmener. »

Le 15 décembre, nouvel examen avec les constatations suivantes :

« La tumeur s'est déplacée et élevée dans la grande cavité abdominale. La tête fœtale commence à s'engager. »

A ce moment M. Pinard confie la surveillance et l'accouchement de Mme B.... au Dr Gerst, qui le 19 décembre refait, après M. Pinard, les constatations ci-dessous : l'extrémité céphalique est en voie d'engagement, le dos est à droite. A la face antérieure et près de l'angle droit de l'utérus on constate une tumeur fibromateuse de la grosseur d'une grosse orange. Auscultation positive, urines normales.

Le 23 décembre, le fond de l'utérus est à 33 centimètres au-dessus du pubis. Sommet engagé à droite. Bruits du cœur bons, pas d'albumine.

7 janvier. — Sommet plus profondément engagé HU = 34. Auscultation positive, urines normales.

21 janvier,5 heures du soir .— HU =34. Le col est perméable, Mme B.... ne ressent aucune douleur.

A 7 heures 1/2 du soir, pendant une injection vaginale, rupture prématurée des membranes. A 8 heures, premières douleurs qui sont

immédiatement très vives. A 9 heures du soir, le Dr Gerst fait les constatations suivantes : les membranes sont rompues, la dilatation est complète. Les contractions douloureuses sont très rapprochées et à 9 h. 40 la parturiente expulse une fille vivante du poids de 3 kil. 800.

25 minutes après l'expulsion du fœtus, le pouls s'élève et dépasse 100. Le Dr Gerst pratique le toucher et constate que le placenta décollé est dans le vagin.

Il se présente par la face fœtale et est immédiatement extrait par traction simple. L'utérus est bien rétracté.

Le Dr Gerst constate alors que l'hémorragie, qui continue, est due à une déchirure siégeant à l'extrémité inférieure de la paroi vaginale droite : 5 points de suture. Le pouls qui était à 84 avant l'accouchement est à 112. L'hémorragie a cessé.

Le placenta était complet : il n'était pas inséré sur le segment inférieur.

En constatant que l'utérus est bien rétracté, on perçoit, outre le fibrome trouvé antérieurement, un autre petit fibrome siégeant au-dessous du premier et gros comme une petite noix. Enfin à la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus, sont deux autres petites tumeurs fibromateuses du volume d'une grosse noix.

Le 22 janvier le pouls est à 96 ; la température à 37°2. Suites de couches tout à fait normales. Allaitement par la mère. Mme B... se lève pour la première fois, le 10 février. Le Dr Gerst est rappelé le 18 février pour constater un retour prématuré des règles. Les règles ont été plus abondantes que d'habitude, mais ont eu la même durée : six jours.

L'allaitement se poursuit sans incidents. L'enfant avait repris son poids de naissance le dixième jour et pesait 4.235 grammes le 21 février.

Le 25 février, nouvel examen de Mme B.... les fibromes de la face postérieure ne sont plus perçus et ceux de la face antérieure ont régressé dans des proportions très notables.

Le 26 juin, M. Pinard a examiné de nouveau cette malade et a constaté que les dimensions des fibromes étaient réduites de 2/3 au moins (1).

(1) Nous tenons à exprimer à M. le Docteur Gerst tous nos vifs remerciements pour l'empressement et le soin qu'il a mis à nous être utile.

Obs. XXVIII. — R. Blondel, *Société d'obstétrique de Paris,* 18 janvier 1900. — *Volumineux fibrome du segment inférieur faisant obstacle à l'accouchement. Forceps. Résorption du fibrome en trois semaines.*

Les observations ne sont pas très rares de fibromes du segment inférieur faisant obstacle à l'accouchement : la particularité qui fait le principal intérêt du cas que je vais rapporter, c'est à-dire la disparition spontanée d'un volumineux myome quelques jours après l'accouchement, n'est pas elle-même sans exemple. Charpentier, je m'en souviens, nous en a rapporté à la Société obstétricale et gynécologique il y a 3 ans, un cas absolument net. Je crois cependant que notre Bulletin, qui est un si précieux recueil de faits, peut trouver intérêt à accueillir des observations de ce genre.

Le 25 mars 1899, je fus appelé à 9 heures du soir chez Mme X...., par mon confrère et ami le Dr Müller. Mme X.... était en travail depuis 33 heures. Les contractions, faibles et irrégulières, avaient fini par s'arrêter presque complètement. Le Dr Müller avait fait 3 applications infructueuses de forceps : deux fois l'instrument avait dérapé ; la troisième fois la tête était demeurée immobile malgré les efforts de l'opérateur.

En arrivant, je m'assurai tout d'abord que l'enfant était vivant. Les battements du cœur étaient faibles et ralentis : le liquide amniotique était sécrété ; il n'y avait pas un instant à perdre.

Le palper révéla un utérus corné, renfermant un fœtus unique en présentation du sommet.

Par le toucher, on trouvait la tête complètement engagée dans le petit bassin, ce qui rendait la pelvimétrie illusoire.

Les contractions utérines étaient nulles ; je fis donner conformément à la pratique de mon maître, M. Maygrier, un cachet de 20 centigrammes de sulfate de quinine pendant que je me préparais pour une nouvelle application de forceps.

Je parvins à saisir la tête sans grandes difficultés et commençai des tractions dont le résultat, si énergique qu'elles fussent, demeura d'abord nul. Nous commencions à nous demander à quel parti il allait falloir nous résoudre, d'autant que les battements du cœur fœtal étaient devenus presque imperceptibles, quand les contractions réapparurent, faibles d'abord, puis plus nettes. En même temps, les efforts de traction

sur le forceps se continuant la tête commença à descendre. Quelques minutes plus tard, j'étais assez heureux pour amener un enfant superbe, mais en état de mort apparente ; au bout de dix minutes, pendant lesquelles tout fut mis en œuvre, flagellation, respiration artificielle, insufflation, il commença à crier : c'était un garçon du poids de 8 livres.

La délivrance se fit sans incidents au bout d'une demi-heure.

Voulant alors me rendre compte des causes qui avaient pu amener ses singuliers incidents, j'examinai l'utérus. Il était très contracté ; mais encore très volumineux. Par le toucher vaginal, je tombai sur un col béant, naturellement ; au fond de l'entonnoir qu'il formait, je rencontrai une sorte de boule charnue, sphérique, autant que j'en pus juger en faisant le tour de sa circonférence avec mon doigt, et que l'on pouvait un instant prendre pour la tête d'un second fœtus.

Mais la masse était charnue, molle, un peu bosselée, sans substratum osseux, et l'on arrivait assez aisément à découvrir son implantation en arrière et à droite, sur la paroi du segment inférieur. C'était un myome.

Après avoir fait constater sa présence par le Dr Müller, je crus devoir prévenir la malade qu'il y aurait peut-être plus tard une petite intervention à pratiquer pour remédier à une disposition vicieuse que je venais de constater et qui expliquait les diverses péripéties de son accouchement.

Je ne la revis que trois semaines plus tard : le col était refermé ; le corps était de volume normal. Un hystéromètre introduit dans l'utérus accusait une profondeur de 0 m. 12. Mais, à mon grand étonnement, j'eus beau le promener avec la plus grande attention au niveau du point occupé par le myome après la délivrance, il me fut absolument impossible, quelque habitude que j'aie de l'exploration de la cavité utérine, de trouver la moindre saillie, la moindre inégalité de surface révélant l'existence du fibrome. Il avait disparu sans laisser la moindre trace.

Depuis lors j'ai revu la malade et je l'ai interrogée sur la période antérieure à son accouchement, elle me répondit qu'elle avait été soignée pour une endométrite légère, se traduisant par quelques pertes blanches, sans ménorrhagie, par un de nos chirurgiens et agrégés des plus compétents en gynécologie, qui n'avait jamais parlé de fibrome et n'eût pas méconnu la présence d'une particularité de ce genre.

Cette observation comporte plusieurs réflexions. Il ne me paraît pas douteux que le myome ait été la cause réelle de la longueur du travail

et des difficultés de l'extraction par le forceps. Mais on peut se demander s'il a agi ici *directement* ou *indirectement*. Je penche plutôt pour cette dernière hypothèse ; la tête engagée dans le petit bassin quand j'arrivai, me force à admettre que le myome avait accompli ce que Tarnier appelait son ascension dans l'abdomen, grâce sans doute à l'allongement que subit le segment inférieur au cours du travail.

Il semble qu'à partir de ce moment les choses aient dû se passer très simplement ; cependant on a vu que la tête ne descendait pas parce que la rotation ne s'accomplissait pas, malgré les applications du forceps : un obstacle subsistait donc encore, mais lequel ?

Je crois que c'est encore le myome, qui, à ce moment au détroit supérieur, faisait obstacle peut-être à la rotation des épaules. La rotation était à ce moment toute différente de ce qu'elle avait été au moment du passage de la tête ; *il n'y avait plus de contractions*. Or il ne faut pas oublier que le myome formé de tissu musculaire, entre en contraction en même temps que l'utérus lui-même, et loin de devenir turgescent, *diminue de volume* pendant les contractions.

Il est donc vraisemblable d'admettre que tant que les contractions utérines ont été énergiques, l'engagement de la tête a pu se faire grâce à ces contractions et aussi au moindre volume du myome à ce moment.

Mais l'utérus s'est fatigué bien vite : on sait, et les classiques insistent à juste raison sur ce fait, que l'utérus myomateux se contracte mal, irrégulièrement, avec un moindre effet utile.

Quand l'inertie est apparue, l'arrêt de l'accouchement s'est aggravé du fait de l'obstacle plus considérable créé par un myome à son maximum de volume ; c'est dans ces conditions que l'action du forceps s'est montrée si vaine.

En réveillant, à l'aide du sulfate de quinine, la contraction de l'utérus fatigué, nous avons aidé — sans le savoir — le myome à s'effacer et le forceps a pu réaliser alors ce qu'il était impuissant à obtenir tout à l'heure.

En résumé, il semble résulter de cette observation — si l'on veut bien admettre l'interprétation que nous proposons — que même dans les cas favorables où le myome effectue son ascension et désencombre le petit bassin, il peut rester à redouter une dystocie par inertie utérine contre laquelle le forceps risque de rester impuissant ; la difficulté est probablement l'engagement des épaules.

L'emploi simultané d'agents capables de réveiller l'énergie de la fibre utérine — ce fut ici le sulfate de quinine, cela pouvait être l'électricité ou tout autre moyen — rend alors de grands services, grâce à l'effacement du myome pendant la contraction.

Quant à la disparition de la tumeur elle-même, j'ai déjà dit que le fait n'était pas sans exemple. Y a-t-il eu résorption véritable ou expulsion passée inaperçue ? C'est ce que je ne saurais dire, bien que cette dernière hypothèse soit peu admissible, étant donnés les soins journaliers dont l'accouchée était l'objet de la part d'une garde expérimentée.

Tout ce que je puis dire, c'est que, trois semaines après, la disparition était si complète que, si nous n'avions été trois personnes à constater par le toucher l'existence de la tumeur, j'aurais pu douter, à distance, de l'exactitude des impressions de mon premier toucher.

Obs. XXIX. — Kalabine (de Moscou), *Vratch*, 1901, p. 363. — Anal. in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1901, p. 403. — *Fibromyomes et grossesse.*

Femme de 36 ans, mariée à 29 ans, accouchée une première fois à 35 ans. Quelques mois avant la deuxième grossesse, on reconnut l'existence d'un fibromyome utérin, qui avait atteint au deuxième mois de grossesse le volume d'un poing ; on le sentait très facilement dans le cul-de-sac postérieur ; un deuxième fibrome occupait le fond de l'utérus. La malade fut examinée par plusieurs gynécologistes éminents de Moscou ; l'un d'entre eux niait l'existence d'une grossesse, deux autres considéraient une opération comme urgente. K... conseilla l'expectation et la grossesse arriva à terme, après des souffrances assez grandes, il est vrai : douleurs avec contractions utérines, douleurs lombaires et sacrées, constipation opiniâtre, énervement.

L'accouchement se fit spontanément après trente-quatre heures de travail, la délivrance fut pratiquée deux heures plus tard par la méthode de Crédé ; il n'y eut pas d'hémorragie et les suites de couches furent normales ; l'enfant fut allaité par la mère. K... examina cette patiente un an plus tard : *le fibromyome du fond de l'utérus avait notablement diminué, la tumeur de la paroi postérieure avait disparu.*

Obs XXX (inédite). — *Clinique Baudelocque*, 1906, nº 1892.

X..., 35 ans, sténographe, primipare.

Rien de notable dans les antécédents.

Réglée à 15 ans, régulièrement.

Dernières règles, 22-24 février 1906.

Un seul rapport sexuel le 4 mars.

Accouchement le 2 décembre, à 3 heures du soir. Présentation en O. P. Période d'expulsion : 45 minutes. Travail : durée totale, 22 heures ; enfant du sexe féminin pesant 2.725 grammes. Placenta : 400 grammes.

Le 17 octobre, vue par M. le professeur Pinard, elle présente un volumineux fibrome de la grosseur d'une forte tête d'adulte et le non-engagement de la tête ; celle-ci ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque droite.On fait le nécessaire pour la ramener au niveau du détroit supérieur et à l'obliger à s'engager.

Au moment de l'accouchement, on a pu constater l'effacement de la tumeur.

Le 29 mai 1907, cinq mois et demi après l'accouchement, la femme nourrissant son enfant au sein et le retour de couches ayant eu lieu depuis 11 jours, c'est-à-dire le 18 mai 1906, MM. Mouchotte et Jamain pratiquent un examen minutieux et font les constatations suivantes : on sent, au toucher et au palper combinés, une masse du volume d'une petite orange, remontant à 7 centimètres au-dessus du pubis, donnant du côté gauche une sensation de dureté et d'irrégularité : sa situation est tout à fait abdominale.

Nous ajoutons pour terminer que, à 5 mois 1/2, l'enfant nourrie au sein, pèse 6.550 grammes.

CHAPITRE V

THÉORIE GÉNÉRALE DES RAPPORTS DES FIBROMES ET DE LA PUERPÉRALITÉ

(Professeur Pinard)

Avant de donner nos conclusions, nous tenons à rappeler ici ce qu'actuellement, d'après notre maître Pinard, tout *médecin* et tout *accoucheur* doit savoir concernant les *fibromes*.

Tout *médecin* doit savoir :

Que la maladie la plus fréquente de l'utérus est causée par des tumeurs composées de tissu fibreux et de tissu musculaire en proportion indéterminée, et appelées *fibro-myomes* ;

Que ces fibro-myomes peuvent être considérés comme des parasites de nature dite bénigne.

Que ces fibro-myomes peuvent se développer dans tous les points de l'utérus ;

Que ces fibro-myomes ne se développent que pendant la période d'activité génésique de la femme : *jamais avant la puberté, jamais après la ménopause* ;

Que si le fibro-myome est le plus souvent solitaire, on en trouve communément plusieurs dans le même utérus ; certains utérus en sont farcis, en contiennent vingt et trente, et même plus ;

Que le volume d'un fibro-myome varie, depuis celui de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une masse pesant 20, 30 kilogrammes et même davantage ;

Que les fibro-myomes suivant qu'ils sont sous-muqueux ou sous-péritonéaux peuvent se transformer en polypes intra-utérins, ou sous-péritonéaux, ou intra-abdominaux ;

Que les fibro-myomes, semblent posséder une vie propre, mais très *inégale*, ils évoluent d'une façon particulière et suivant des lois encore indéterminées ;

Que les fibro-myomes non malades restent stationnaires, ou diminuent après la ménopause ;

Que les fibro-myomes ont une *pathologie spéciale* et peuvent présenter des modifications nombreuses, c'est-à-dire, suivant l'expression de Cruveilhier, peuvent présenter des *caractères pathologiques*, tels que : *l'œdème*, *l'hémorragie*, *la dégénérescence graisseuse*, *la transformation kystique*, *l'infection*, *la gangrène*, *la cartilaginification*, *la pétrification*, etc. ;

Que les fibro-myomes, en dehors des troubles fonctionnels si fréquemment occasionnés par eux, tels que : les ménorragies, les métrorragies, les phénomènes de compression sur un point quelconque des appareils urinaire, intestinal, circulatoire et nerveux, peuvent aussi déterminer des lésions primitivement d'ordre mécanique du côté des annexes, trompes et ovaires ;

Quant aux *accoucheurs*, ils doivent savoir que, pendant la *grossesse* :

1° Les fibro-myomes en voie d'accroissement, c'est-à-dire vivants au moment de l'imprégnation, participent seuls à l'hypertrophie utérine.

Les fibromes dont l'évolution était arrêtée, c'est-à-dire frappés de caducité au moment de l'imprégnation, restent stationnaires. Ce qui fait que tous les fibro-myomes ne s'assouplissent pas pendant la grossesse, comme le professait Depaul. De même, le ramollissement spécial observé par Tarnier était un fait de hasard et non le fait de la grossesse.

2° *Les fibro-myomes, tout en laissant celle-ci évoluer le plus souvent jusqu'à terme*, déterminent *assez souvent* l'insertion du placenta sur le segment inférieur et, suivant leur volume et leur point d'implantation, déformant la cavité utérine, peuvent être la

cause de présentation vicieuse par suite d'accommodation anormale ;

Que pendant le *travail*, les fibro-myomes peuvent toujours, en raison de leur volume, être cause de dystocie ;

Que pendant *la délivrance*, les fibro-myomes sont rarement cause d'intervention ;

Que pendant les *suites de couches* et ultérieurement, les fibro-myomes peuvent diminuer de volume, surtout quand la fonction de reproduction est complète, c'est-à-dire quand il y a allaitement.

Il serait toutefois exagéré de prétendre que toutes les femmes stériles, que toutes les femmes non fertilisées sont atteintes de fibromes ; nous avons tous les jours la preuve du contraire, il est bien évident qu'ici comme partout la prédisposition héréditaire joue un grand rôle, mais nous avons tenu une fois de plus à attirer l'attention sur ce sujet et à développer la théorie de M. le professeur Pinard.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes, rares avant 30 ans, deviennent plus fréquents à partir de cet âge. Ils s'observent avec une fréquence relativement grande chez les femmes qui n'ont pas été fertilisées (Pinard).

II. — Lorsque chez une femme atteinte de fibrome survient une grossesse, dans l'immense majorité des cas, l'évolution de cette grossesse reste normale.

III. — Cependant quelquefois, mais très rarement, l'évolution de la grossesse est troublée par une complication : phénomènes de compression ; de torsion ; de réaction péritonéale ; excès de volume ou multiplicité des tumeurs ; hémorragies liées ordinairement à une insertion vicieuse du placenta ; dégénérescence ou marche galopante du fibrome. — Ces complications nécessitent alors l'intervention chirurgicale.

IV. — Cette intervention sera, suivant les cas, conservatrice (myomectomie) ou mutilatrice (hystérectomie). Certains se basant sur le siège, la forme et le volume de la tumeur, préconisent tantôt la voie vaginale, tantôt la voie abdominale. — Pour notre part, et d'accord avec notre maître Terrier, nous recommanderons toujours la voie abdominale.

V. — De même, le travail et la délivrance ont le plus souvent une physionomie normale chez les femmes atteintes de fibromes. Cependant, il semble que chez elles l'insertion vicieuse du placenta, la présentation du siège, la lenteur de l'expulsion soient plus fréquentes que chez la parturiente normale, aussi relate-t-on une plus grande fréquence des interventions obstétricales (forceps en particulier, exceptionnellement basiotripsie).

VI. — Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que les fibromes créent une dystocie : tumeurs très volumineuses ou enclavées ; complications concomitantes, hémorragies inquiétantes ; l'intervention chirurgicale sera alors nécessaire.

VII. — L'intervention sera, selon les cas, conservatrice (césarienne) ou mutilatrice (Porro, sus-vaginale, abdominale totale).

VIII. — Les suites de couches ne sont qu'exceptionnellement modifiées par les fibromes. Toutefois, surtout après les avortements, on peut constater la suppuration des fibromes ou observer des signes d'infection et des hémorragies. Dans ces cas fort rares, on fera l'hystérectomie sus-vaginale ou totale.

IX. — Chez les femmes dont les fibromes sont vivants et en voie d'évolution, l'allaitement détermine une régression des tumeurs (Pinard).

X. — Mais, de notre étude, un fait se dégage dont l'importance est capitale, c'est que le fibrome ne complique véritablement la grossesse, l'accouchement et les suites de couches que dans des cas très rares et que le meilleur traitement prophylactique que l'on puisse instituer consiste à obliger les femmes à observer, suivant l'indication de notre maître Pinard, « *le rythme harmonieux de la reproduction* ». Elles seront fertilisées jeunes, allaiteront leurs enfants et éviteront la stérilité secondaire.

Vu :
Le Président de la Thèse,
TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Adenot.** — Congrès de la Société obstétricale de France, avril 1897. — *L'Obstétrique*, 1897.
2. **Agnew** (H.). — *British med. Journ.*, juin 1884, vol. I, p. 458, 1884.
3. **Allen** (D.-P.). — Uterine fibroids complicated by pregnancy. *Cleveland med. Journ.*, 1895.
4. **Ameline.** — Thèse Paris, 1881, n° 213.
5. **Apfelstedt.** — Zur operativen Behandlung des Myome während der Schwangerschaft und Geburt. *Archiv für Gynäk.*, Berlin, 1894, XLVIII, p. 131-154, 1894.
6. **Audebert.** — *Gaz. hebd. des sciences méd.*, Bordeaux, p. 173, 1896.
7. **Auvard.** — *Union méd.*, 2 juin 1887.
8. **Balleray** (G.-H.). — Fibroid tumors of the uterus obstructing delivery ; subsequent desappearance of tumors ; with remarks on fibroid tumors of the uterus complicating pregnancy. *Americ. Med. Surg. Bull.*, New-York, 1896, X, 124-127.
9. **Batuand** (J.). — Un cas d'atrophie spontanée de tumeur fibreuse interstitielle après l'accouchement. *Rev. méd.-chirurg. des maladies des femmes*, Paris, 1897, XIX, 72-74.
10. — Les tumeurs fibreuses au point de vue obstétrical. *Rev. chir. et méd. des maladies des femmes*, Paris, 1897, XIX, 257-261.
11. **Barnes-Fantock.** — *The British gynec.*, juin-novembre 1889, p. 315.
12. **Barnett** (T.-J.). — A case of multiple fibroids complicating pregnancy, operation ; delivery. *Texas Med. News*, Austin, 1895, V, 598.
13. **Baker.** — *Berlin. klin. Woch.*, n° 11, 1882.
14. **Bantock** (G.) **Granville.** — *American gynecol. Transactions*, 1887, p. 211. — *British med. Journal*, 1888, p. 133.
15. **Bayer.** — Utérus et segment inférieur. *Archiv für Gyn.*, Bd. LIV, Heft 1, 1897, p. 13.
16. **Becking** (de). — Voir Treub, 1894.
17. **Berger.** — *Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.* Thèse de Paris, 1907.
18. **Bergh** (A.). — *Hygeia*, Bd. LI, n° 5, p. 292, 1889.
19. **Berlin** (de Nice). — *De l'opération césarienne. Méthodes et procédés d'exécution.* Paris, Doin, 1890.
20. **Bernard.** — *De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.* Thèse de Bordeaux, 1903.

21. **Berniolle.** — *Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse.* Thèse de Paris, 1906.
22. **Bertalozzi.** — *Annali di ost. e ginec.,* Milano, 1892, p. 118.
23. **Berthomier.** — *Congrès de chirurgie,* 25 octobre 1901.
24. **Bidder.** — *Centralbl. für Gynäk.,* n° 20, 20 mai 1897.
25. **Bigex.** — *Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées.* Thèse de Paris, 1900.
26. **Blanc.** — Dystocie due à la présence d'un fibrome inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, placenta praevia ; mort du fœtus, déplacement spontané de la tumeur. *Annales de gyn. et d'obstét.,* Paris, 1891, XXXV, 199-201.
27. **Boivin et Dugès.** — *Traité des maladies de l'utérus,* t. I. p. 69.
28. **Bold** (H.). — The Porro versus total Hysterectomy. *Amer. J. of obst.,* july 1896.
29. **Bompiani.** — *Annali di ostetricia,* mai 1884.
30. **Bossi.** — Deux cas d'opération césarienne. *Nouvelles archives d'obst. et de gynéc.,* 1891, p. 474. — *Annales de gynécologie,* 1894, p. 607.
31. **Bouilly.** — Cité par Pujol.
32. **Boucart.** — *Annales de gynécologie,* t. II, p. 19, 1894.
33. **Boxall** (R.). — Uterine fibroids removed by enucleation fifteen days after delivery. *Tr. obst. Soc. London,* 1894-1895, XXXVI, 64.
34. **Braun.** — Cité par Pinard, 1886.
35. **Braun von Fernwald.** — *Wiener med. Woch.,* 1890, IX, 360. — Myome suppuré pendant l'état gravide. *Med. Press and Circular,* Londres, 1894, n. s. LVIII, 581-583.
36. **Brennecke.** — *Zeits. für Gyn. und Geb.,* XXI, 53.
36 *bis.* **Brieske** (Max.). — *Myom und Schwangerschaft.* Berlin, 1894. C. Vogt, 25 pages, in-12.
37. **Brindeau.** — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique de Paris,* 1903, p. 168.
37 *bis.* **Bruvis** (N.-T.). — Total hysterectomy during pregnancy for rapid growing fibromyomata. *Tr. Edinb. Ost. Society,* 1897-1898, XXIII, 137-140.
38. **Buisseret.** — Des indications de l'intervention chirurgicale dans la grossesse compliquée de fibrome utérin. *Scalpel,* Liège, 1892-1893, XLV, p. 20-26. — *Revue obstétricale et gynécol.,* Paris, 1892, VIII, 285-289.
39. **Burt** (F.-L.). — Uterine fibroid and pregnancy. *Medical Record,* New-York, 1896, L. 564.
40. **Calderini.** — *X^e Congrès intern. méd.,* Berlin, 1890.
41. **Call Emma** (L.). — Fibroid tumors as a complication of pregnancy and labor. *Boston M. and S. Journal,* 1898, CXXXVIII, 564-567. Discussion, 574.
42. **Cameron.** — *Canada medical Record,* Montréal, 1889-1890, XVIII, p. 224-227.

43. **Cameron.** — *British med. Journal*, p. 1894, 1895.
44. **Campbell.** — *Surgery Gyn. and Obstet.*, 1907, n° 1, p. 43.
45. **Carruso** (G.). — Embarazzo complicato de fibroma uterino parto a termino en occipito-posterior derecta ; forceps. *Progreso méd.* Habana, 1893, V, 258-260.
46. **Carstens.** — *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1905, p. 374.
47. **Cazin.** — *Archives de tocologie*, 1874, vol. I, p. 704 ; 1876, vol. III, p. 321.
48. **Cercha** (M.). — Cas d'accouchement gêné par tumeur fibreuse de l'utérus. *Przegl. lek.*, Krakow., 1894, XXXIII, 97, 128, 138, 149.
49. **Chahbazian.** — *Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, thèse Paris, 1882.
50. **Charles** (N.). — Primipare de 46 ans, à terme, atteinte d'une tumeur fibreuse du segment postéro-inférieur de la matrice, rendant impossible la dilatation du col. Opération césarienne conservatrice, enfant vivant. Guérison de la mère. *Journal d'accouchements*, Liège, 1898, XIX, 467-469.
51. **Cheney** (B.-A.). — The management of tumors of the uterus and appandages complicating pregnancy with a report of two successfull cases. *Americ. Journ. of obstetrics*, New-York, XXXV, 265-270.
52. **Chénieux** (F.). — Fibro-myome utérin ; grossesse concomitante, hystérectomie abdominale supra-vaginale. *Limousin méd.*, Limoges, 1897, XXI, 98.
53. — *Congrès de chirurgie*, 25 octobre 1901.
54. **Chrolak.** — *Centralbl. für Gyn.*, 1893, p. 345.
55. **Clarke.** — *The Lancet*, janvier 1907, n° 8.
56. **Coe** (H.-C.). — *Gynecological Transactions*, 1892, p. 87. — *id.*. 1896, p. 342. — Fibroid tumor complicated by pregnancy. Supravaginal amputation. Recovery. *Amer. Gyn. and Obst. Society*, New-York, 1897, XI, 700-704. — Pregnancy and fibroid tumors. *Med. News*, New-York, 1898, LXXII, 705-708.
57. **Cordemans.** — Grossesse développée dans un utérus renfermant plusieurs fibromes interstitiels. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-1899, p. 179.
58. **Cornil.** — Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1893, 3e série, XXIX, 162-166.
59. **Crangin** (Edw.). — Dystocie par rein flottant congénital. *American Journal of obstetrics*, juillet 1898.
60. **Crofford** (T.-J.). — A fibroid tumor complicating delivery. *Southern Practitionner*, Nashville. Tenn, 1893, XV, 279-285, also. *American Journal of obstetrics*, New-York, 1893, XXVIII, 398-402.
61. **Croom** (J.-H.). — Cases illustrative of operative interference with fibroid tumours during pregnancy, labor and puerperium. *Edinburgh med. Journal*, 1892-1893, XXXVIII, 316-322.

62. **Croom-Haliday.** — *Report univ. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 426.
63. **Croom.** — *Edinburgh med. Journal*, octobre 1892.
64. **Crowell** (H.-C.). — Fibroid tumor 3 1/2 mouths pregnant : case ; total extirpation ; recovery. *Langdalis. Lancet*, Kansas City, 1896, II, 95-99.
65. **Cruveilhier.** — *Traité d'anat. path. gén.*, t. XXXV, III, p. 666.
66. **Cuno-Friedrich.** — *Ueber Veränderung von Myomata in der Schwangerschaft.* Wurtzburg, 1891. P. Steiner, 24 pages in-8.
67. **Daine.** — Fibroma complicating pregnancy ; fibroma of vaginal wall. *Journ. Amer. med. Association*, Chicago, 1896, XXVI, 406-409.
68. **Dai** (W.). — *London Obst. Soc.*, 6 mai 1885.
69. **Dartigues.** — *Chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromyomes.* Thèse de Paris, 1901.
70. **Dayot et Hardoin.** — *Soc. d'obst., gynéc. et pæd.*, 13 mai 1907.
71. **Decio** (C.). — Sopra un caso di fibromi multiple del utero complicante la gravidanza. *Atti de Ass. med. Lomb.*, Milano, 1891-1892, p. 234-248.
72. **Delagenière.** — *Arch. prov. chirurgie*, 1895, p. 507.
73. — *Comptes rendus du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1892, p. 586.
74. — *Comptes rendus Société d'obstét., gyn. et pédiat.*, 1900, II, p. 9.
75. **Delbet** (P.). — Sur un cas de fibromyome utérin sous-péritonéal adhérent à la paroi ; difficultés du diagnostic. Opération pendant la grossesse. *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1892, I, 200-205.
76. **Delbet.** — Article dans *Traité de chirurgie*, t. VIII (Duplay et Reclus), 1899.
77. **Demons.** — Thèse de Boucaud, 1898, Bordeaux et *Revue de gynécologie*, 1899, p. 596.
78. **Diétel.** — *Centralb. für Gyn.*, p. 751.
79. — *Wien. klin. Woch.*, p. 609, 1894.
80. **Doléris.** — *Bull. Soc. anat.*, Paris, octobre 1882.
81. — *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1890.
82. — *La Gynécologie*, 15 février 1900.
83. — *Soc. d'obst., gyn. et péd.*, 8 mai 1905.
84. **Doran Alban.** — *Soc. obst. de Londres*, 1895.
85. **Doran.** — *Journ. of obstetrics. and gynec.*, novembre 1905, p. 297.
86. **Douglas** (R,). — Intraligamentous fibromyoma complicating pregnancy at full term ; hysteromyomectomy. Recovery. *Journal Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1896, XXVII, p. 906.
87. **Downes** (A.-J.). — Myomectomy during pregnancy. Report of a case with successful removal of II fibroids and an ovarian cyst. *Ann. Gynæc. and Obstetr. Journal*, New-York, 1898, XIII, 583-586 (Discussion, 606-610).
88. **Driver.** — *Soc. méd. du dist. de Suffolk*, 17 novembre 1886.
89. **Dührssen.** — De l'opération césarienne vaginale. *Société de méd. berlinoise*, séance du 15 janvier 1899.

90. **Duneau.** — *Société obstétrique de Londres*, 1890.
91. **Dunning** (G.-H.). — Grossesse compliquée par tumeurs ovariennes et fibromateuses ; remarques sur les indications du traitement. *J. Am. med. Ass.*, Chicago, 1897, XXIX, 23-25.
92. **Elder** (G.). — A case of Porro's operation for labor complicated by uterine fibroide. *Med. Press.*, London, 1895, n. s. LX, 572.
93. **Elischer** (G.). — Fibromes de l'utérus avec grossesse gémellaire ; amputation supra-vaginale de l'utérus. *Orvosi Hetil.* Budapest, 1898, XLII, 121.
94. **Engstrom** (O.). — Laparotomie pendant la grossesse. *Finska läk-sällsk handl.*, Helsingfors, 1897, XXXIX, 543. — Contribution au traitement des fibromes dans l'utérus gravide. Ros., CXI-CXIII. *Finska läk-sällsk handl.*, Helsingfors, 1898, XI, 1017-1025.
95. **Etheridge.** — *American journal of obstetrics*, 1887, t. XX, p. 69.
96. **Eurke.** — *Deutsche med. Woch.*, 17 juillet 1890, n° 29, p. 630. — *Centralbl. für Gyn.*, 1894, n° 24.
97. **Faguet** (Ch.). — *Gazette hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, p. 603, 1893.
98. **Falk** (O.). — Ueber einen durch Myom bedingten eigent humlichen Geburtserlauf. *München. med. Woch.*, 1898, XLV, 622-624.
99. **Farolw.** — *Med. Soc. County of Suffolk*, 17 novembre 1886.
100. **Farrant Fry.** — *The Lancet*, 1, p. 423, 8 mars 1884.
101. **Felsenreich.** — *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 12 mars 1889; *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, n° 35, p. 620. — Abtragung eines citronen grossen Uterus Polypen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. *Wien. med. Woch.*, 1887, n° 52, p. 1693.
102. **Fernandès** (G.-R.). — *Arch. de tocol.*, p. 92.
102 *bis*. **Fieux.** — Fibrome et grossesse. *Bulletin méd.*, 18 avril 1897, p. 357. — *Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 10 mai.
103. **Findley** (P.). — Honghung myoma of the puerperal uterus. *J. Amer. med. Ass.*, Chicago, 1897, XXVIII, 637-639.
104. **Finet.** — Hystérectomie abdominale totale pour grossesse compliquée de fibrome. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1898, LXXIII, 128-130.
105. **Flaschlen** (N.). — Myotomie in der Schwangerschaft Geburt eines lebenden Kindes an normalen Ende der Gravidität. *Centralbl. für Gynäk.*, Leipzig, 1892, XVI, 185, 1896. — Komplication der Geburt durch Cervise myom. *Arch. d. Geburt. und Gynäk.*, g. Feier, von Carl. Ruge, Berlin, 1895, 121-126.
106. **Fleischler.** — *Centralbl. für Gyn.*, 1892.
107. **Fochier.** — *Lyon méd.*, XLIII, p. 69, 1883.
108. **Foison** (J.). — Myome polypoïde du col ; accouchement normal par issue préalable du myome hors du vagin : prolapsus consécutif de la tumeur. Opération, guérison. *Congrès périodique internat. de gyn. et d'obst.*, 1892. Bruxelles, 1894, L. I., p. 462-465.
109. **Fraenkel** (L.). — Die Fibromyome des Uterus in ihren Beziehungen

zur Sterilität und Fertilität. *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, Berlin, 1898, VIII, 117-132.

110. **Fraipont.** — *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, janvier 1896.

111. **Frank** (J.). — A pregnant uterus complicated with fibroid. Indured abortion and self delivery of tumor through the abdominal wall. *Chicago med. Rec.*, 1895, IX, 307-10.

112. **Frank** (F.) (de Köln). — Du traitement du moignon dans l'opération de Porro. *Annales de gynécol.*, 1890, II, p. 306.

113. **Fratkin** (B.-A.). — Du traitement à suivre dans les complications survenant pendant la grossesse ou l'accouchement par suite de myome de l'utérus. Opération de Porro. *Clinique Vestin*, St-Pétersbourg, 1892, VIII, 688-728.

114. **Freund** (M.-B.). — Daus Cervise myom unter der Geburt. *Samml. klin. Vortr.*, Leipzig, 1893, N. F. n° 68. — *Gynäkologie*, n° 27, 637-656.

114 *bis*. — *American Journal of obstetrics*, 1889, t. XXII, p. 1138.

115. **Fritsch.** — *Traité clinique des opérations obstétricales*, 4e édit., 1892, p. 236.

116. — *Volk. Samml. klin. Vort.*, 1889, n° 339.

117. — Hyst. totale avec césarienne. *Cent. für Gyn.*, 1891, n° 18, p. 362.

118. **Frommel.** — Ein Fall von Myotomie in der Gravidität. *Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gynäk.*, 1891-1892. Leipzig, 1891, IV, p. 328.

119. **Frommel** (R.). — Beitrag zur operativen Behandlung der Myome im Schwangeren Uterus. *Münch. med. Wochens.*, 1893, XI, 261-263.

120. **Frommel.** — *Munch. med. Woch.*, n° 52, 1889.

121. **Fry.** — *Tr. South Surg. and Gyn. Ass.*, 1896. Philad., 1897, IV, 127.

122. **Fry** (Henry-D.). — *Gynecological Transactions*, 1890, p. 378. — *J. Practic. Med.*, New-York, 1896-1897, VII, 258.

123. **Galabin.** — Oedematous fibroid tumor of uterus associated with pregnancy. *Obstetr. Transact.*, vol. XXXVII, p. 286. London, 1896.

124. **Gayet.** — *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 6 août 1896.

125. **Gatti.** — Deux cas d'abcès central dans un fibrome. *Il Policlinico*, Roma, 1895, t. II, chirurgie, p. 324.

126. **Gibb.** — *Medical News*, Philadelphia, 29 mars 1890, vol. LVI, p. 333.

127. **Giles.** — 150 consecutive cases of uterine fibroids. *Lancet*, mars 1907, p. 574 et 653.

128. **Gillot.** — Thèse de Paris, 1901-1902.

129. **Giropitsef.** — *Société de gynéc. et d'obst. de Moscou*, séance de février 1894.

130. **Gordon** (S.-C.). — *Boston med. and Surg. Journ.*, p. 385, 1889.

131. **Gottschalk.** — *Archiv für Gyn.*, Bd. XLIII, 3, p. 534, 1894.

132. **Grandin.** — *Gynecological Transactions*, 1889, XIII, p. 382.

133. **Greif Franz.** — *Ueber die Complication der Geburt mit Myom.* Speyer, 1891, fœger, 24 pages, in-8°.

134. **Grosse.** — *Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de*

la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de fibromes. Thèse de Paris, 1901-1902.

135. **Grynfeltt.** — In thèse Pujol, 1896, Montpellier.

136. **Guéniot.** — *Bull. Acad. méd.*, p. 1248, 1881.

137. **Guermonprez.** — *Bull. Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIV.

138. **Guinard** (Aimé). — *Congrès français de chirurgie*, 7e session, séance du 7 avril 1893.

139. **Hacker** (Agnes). — *Ueber abdominale Totalextirpation des schwangeren Myomatössen Uterus*, Berlin, 1897, S. Karger, 59 pages, in-12.

140. **Hall** (B.-M.). — *Maryland med. Journal*, Baltimore, 1890, XXIII, p. 50-53.

141. **Harden.** — *Trans. Amer. Obst. Soc.*, XII, 1891.

142. **Harris Robert** (P.). — *Gynecological Transact.*, 1892, p. 106.

143. **Hartmann.** — *Annales de gynécol.*, juillet 1897.

144. **Hasselt** (Van). — *Bull. de la Soc. de gynéc. et d'obst.*, 1898, p. 6.

145. **Haultain** (F.-W.-N.). — Some pratical deductions from a serie of cases of pregnancy complicated by fibromyomata. *Practitioner*, London, 1896, LVII, 38-48.

146. **Hauser Karl.** — *Archiv für Gyn.*, 1-2, 1891, 16, p. 111.

147. **Hendenburg and Packart.** — *New England med. Gazette*, Boston, 1890, XXV, p. 306-309.

148. **Hegar et Kaltenbach.** — *Operative Gynäkologie*, 3e éd, 1886, p. 476 et suiv.

149. **Henry** (Mme). — De la physométrie pendant le travail de l'accouchement avec ou sans putréfaction du fœtus. *Annales de gynécol. et d'obst.*, 1893, p. 8.

150. **Herman** (G.-Œ). — Case of submucous fibroid presented at the os uteri ten days after delivery ; labour normal. *Tr. obstetrical Soc.*, London. 1891-1892, XXXIII.

151. — *New-York Journal of Gynecol. and Obstet.*, t. III, juin 1893, p. 484.

152. **Hicks** (J.-B.). — On intermittent contractions in uterine fibromata and pugnant uterus in relation to diagnosis. *Med. Press and Circular*, London, 1894, N. S. LVII, 481-483.

153. **Hirst** (B.-C.). — Removal of infected fibroms after labor. *Amer. Gynec. and Pædiat.*, Philadelphia, 1891-1892, p. 603.

154. — A large fibroma removed from a puerperal uterus. *Internat. clinic.*, Philadelphia, 1892, 2e s., II, 299.

155. **Hofmeier** (M.). — Die Komplication von Schwangerschaft mit Myomen. *Sitzungl. der phys. med. Gesellschaft*, Würzburg, 1892, 134 ; 1893, 37-44.

156. **Hofmeier.** — *Die Myotomie*, p. 76. — Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf die Conception, Schwangerschaft. und Geburt. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, Stuttgart, 1894, p. 199-256.

157. **Hogan** (S.-M.). — Fibroid tumour of uterus : pregnancy rupture about

4th month ; operation ; post mortem specimen. *Tr. Southern Surg. and Gynec. Ass.*, 1892, Philadelphia, 1893, V, 61-68.

158. **Hollister** (R.-O.). — A case of labor complicated by a submucous fibroid. *New Jersey medical Journal*, 1892, LVI, 363.

159. **Homan**. — *Boston Soc. for med. Improne*, 1889.

160. **Huguier**. — Cité par Gaillard, 1887. *Gaz. des hôpitaux*, n° 12.

161. **Huter**. — Das Myom. des Uterus als Geburts Hinderniss. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1892, XXIX, 112-114.

162. **Isch-Wall**. — Fibromes utérins, grossesse, dystocie, mort par rupture d'un foyer ramolli de la tumeur dans le péritoine. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889, LXIV, 20-22.

163. **Ivanoff** (A.-J.). — *Des complications causées pendant l'accouchement par les fibromes de l'utérus*. Saint-Pétersbourg, 1894.

164. **Jesset** (F.-B.). — The treatment of myomata of the uterus complicating pregnancy (with cases). *Brit. gyn. Journal*, London, 1894-1895, X, 317-340.

165. — Three cases of the uterus complicating pregnancy ; pan-hysterectomy perfomed in 2 cases and subperitoneal hysterectomy in the 3 rd. Recovery in each case. *Lancet*, London, 1898, 11, 802-804.

166. — *American gyn. and obst. Journal*, 1897, XI, p. 705-707.

167. **Jordan**. — Notes on the treatment of myome of the uterus. *Brit. med. Journ.*, janvier 1907, p. 187.

168. **Kaltenbach**. — *Centralblatt für Gynäkol.*, 1890, n° 49, p. 820.

169. **Karstrom**. — Anal. in *Centralblatt für Gynäkol.*, 1887, p. 550.

170. **Kaschkaroff**. — *Centralblatt für Gynäkol.*, 1890, n° 49, p. 890.

171. **Keiffer**. — Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement. *Rev. prat. des trav. de méd.*, Paris, 1897, LIV, 37-139, et *Gaz. Gynéc.*, Paris, 1897, XII, 136-143.

172. — Un cas d'hystérectomie supra-vaginale au 6e mois. *Bulletin de la Société d'obstét.*, 18 janvier 1900.

173. **Kelley**. — Fibromyoma encircling a pregnant uterus. *Maryland med. Journal*, Baltimore, 1895-1896, XXXIV, p. 548.

174. **Kelley** (J.-T.). — Fibroid tumors of the uterus with pregnancy. *Am. Journal of Obstet.* N.-Y. 1896, XXXIII, 697-702.

175. **Kelley** (Th.). — Fibroid tumors of the uterus with pregnancy. *Am. Journal of Obstet.*, mai 1896, p. 697.

176. **Kelly**. — Myoma complicating pregnancy and presenting delivery ; Porro-Caesarean operation modified by dropping the pedicle. *Johns Hopkins. Hosp. Bull.* Balt., 1894, vol. 80.

176 *bis*. **Kirley** (C.-P.). — *Amer. Journal of Obstet..*, janvier 1886.

177. **Kleinhaus**. — *Centralbl. für Gyn.*, n° 7, 1896.

178. **Kleinkano** (F.). — Zur Complication von Schwangerschaft mit Myomen. *Prag. med. Wochensch.*, 1894, XIX, 557-558, 598.

179. **Klinwachter**. — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 2, p. 206.

180. — *Wien. med. Press.*, 1896, XXXVII, 1561.

181. **Klotz.** — Graviditat bei Cervix fibroid. *Jahrbuch des Gesellsch. für Nät. und Heilk. in Dresden*, 1892, 247, 730-733.
182. **Kufferath.** — *La Clinique*, Bruxelles, p. 625.
183. **Kreutzmann** (H.-J.). — Schwangerschaft und Geburt bei Fibromyoma Uteri. *Festschrift z. Jubil. der Ver. Deutsch. Aertze su San Francisco*. Calif., 1894, 14-17.
184. **Kustner.** — Inaug. Diss. Erlangen, 1893.
185. **Landau.** — *Archives de tocol.*, p. 916, 1886.
186. **Landau** (L.). — *Berlin. klin.Woch.*, n° 52, 1890.
187. **Laudau.** — Zur Behandlung der durch Myoma komplicisten Schwangerschaft und Geburt. *Samml.klin. Vortr.* N. F. Leipzig, 1891, n° 26 (*Gynäk.*, n° 9, 217-240).
188. **Lange.** — *Ueber Enucleation von Myomen aus dem Schwangeren Uterus*. Arbeit von den Frauen Klinik. Leipzig, II, 351-392.
189. **Langners.** — *Berliner klin. Woch.*, p. 478, 1886.
190. **Lannelongue.** — *Société de gyn., d'obst. et de pédiatrie de Bordeaux*, 9 juillet 1899.
191. **Laroyenne.** — In G. Levrat. D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétroversion complétée par l'application d'un pessaire. *Arch. de tocologie*, 1899, p. 751.
192. **Lauenstein** (C.). — Myomextirpation während der Schwangerschaft. *Festschrift zu Feier d. 80. Jahr Stift der ärztl. Verein. zu Hamburg*, Leipzig, 1896, 148-150.
193. **Laurent** (G.). — *Société belge d'anat. path.*, 8 janvier 1897.
194. **Lanteaume.** — *Des lésions du fœtus dans les applications du forceps au détroit supérieur*. Thèse de Bordeaux, 1896.
195. **Lauwers.** — *Société belge de gynécol. et d'obstét.*, 26 juin 1892.
196. **Le Bec.** — In thèse Pujol.
197. **Lecerf.** — In Pinard. *Annales de gynécologie.*
198. **Ler** (J.-M.). — Experience with neoplasms as complications of pregnancy. *Tr. Am. Inst. Homeopath.* Philad., 1895, LI, 450-458.
199. **Lefaye.** — Thèse de Paris, n° 243, 1895.
200. **Lefour.** — *Les fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse d'agrég., Paris, 1892. — *Société obstét. et gynéc. de Bordeaux*, 12 juillet.
201. **Lehmarsow.** — *Kurt Zwei fälle amsgetragener Graviditat bei fibromatos. degeneraten uterus Königsberg in Preussen*, 1896. M. Leidtke, 28 pages, in-8.
202. **Lengenbuch.** — *Deutsche med. Woch.*, n° 29, 1889.
203. **Léopold.** — Myomectomie pendant la grossesse. *American Journal of Obstetrics*, mai 1895.
204. **Lepage** (G.). — *Société obstétr. de France*, 6 avril 1893.
205. **Lepage.** — *Comptes rendus Soc. d'obstét., gyn. et pédiatrie*, 1900, II, p. 62.

206. **Lepage et Mouchotte.** — De la torsion des fibromes de l'utérus gravide. *Annales de gyn. et obstét.*, 1905.

207. **Lesueur.** — Tumeur fibreuse de l'utérus empêchant l'extraction du placenta après l'accouchement d'un enfant mort-né. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889, LXIV, p. 614.

208. **Lohlein.** — *Deutsche med. Woch.*, 1893, XIV, 1134.

209. **Lorain.** — Fibromes et accouchement. *La Revue méd.*, 9 mars 1897.

210. **Loubet.** — *Énucléation des fibromes utérins par voie abdominale*, Thèse de Paris, 1901-1902.

211. **Louy** (W.) — *Virginia med. Monthly*, 1894.

212. **Loviot.** — Réduction spontanée pendant la grossesse d'un fibrome utérin remplissant le cul-de-sac latéral gauche du vagin. Rupture des membranes avec écoulement brusque du liquide amniotique 4 jours et demi avant l'accouchement : mort du fœtus. *Bull. et Mém. Soc. obstétr. et gynéc. de Paris*, 1892, p. 17.

213. **Ludlam.** — Opération de Porro au quatrième mois dans un cas de fibromyomatose. *Clinique*, Chicago, 1894, XV, 180.

214. **Lundsgaard.** — *Centralbl. für Gynäk.*, 1893, p. 211. — Ein in Zerfall begriffenus Myome uteri gravidi. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, Stutgard, 1894-1895, XXXI, p. 452.

215. **Macks.** — *Festschrift f. A. Martin*, p. 196, 1894.

216. **Madge.** — *Obstetrical Society*, Edimburgh, 1882.

217. **Malherbe et Grosse.** — *Comptes rendus de la Soc. d'obst., gyn. et péd.*, 21 mars 1906.

218. **Mallett** (G.-H.). — Fibroid tumor obtructing labor. *Am. Gyn. and Obst. Journal*, 1898, XII, 203.

219. **Mann** (M.-D.). — The sloughing of uterine fibroids after abortion and labor. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, New-York, 1896, VIII, 449-457.

220. **Marchthurn** (Von A.-H.). — Beitrage zur Operativen Therapie bei complication von Schwangerschaft Geburt und Wochenbett mit Myomen. *Wien. klin. Wochensch.*, 1897, X, 716-721.

221. **Marcopoulos.** — Thèse de Paris, 1893.

222. **Marquezy** (Robert). — *Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement.* Thèse de Paris, 1891, G. Steinheil, 104 p. in-8.

223. **Martin.** — *Centralbl. für Gyn.*, p. 468, 1897.

224. — *Berlin. klin. Woch.*, n° 3, 1885.

225. — *Berlin. klin. Woch.*, n° 29, 1886.

226. **Martin** (A.). — *Naturf. Samml.* Heidelberg, 1889. — *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, p. 67.

227. **Martin.** — Demontrirt ein puerperal verfetteter, Myom ungewöhnlicher Grosse. *Zeitsch. f. Geburts. und Gynäk.*, Stuttgart, 1893, XXVI, 220.

228. **Martin** (A.). — Rupture d'un utérus fibromateux et du vagin pendant

l'accouchement ; passage du fœtus dans la cavité abdominale. Application du forceps. Guérison sans opération. *Normandie méd*, Rouen, 1896, XI, 461-469 ; 1897, XII, 409.

229. **Mauclaire.** — Suppuration d'un fibrome utérin consécutive à une fausse-couche avec fièvre. *C. R. de la Société de l'O. G. P.*, 12 mai 1906.

230. **Maygrier.** — Les tumeurs fibreuses compliquant l'accouchement. *Journal de méd. de Paris*, 1897, S. IX, 107-109.

231. — Cité par Mme Henry. — Observation de Porro, in thèse Pujol.

232. **Mayo** (W.-J.). — Caesarean section and puerperal hysterectomy for pregnancy complicating fibromyoma ; Porro's method. Recovery of mother and child. *Am. Journal of obstetrics*, 1896, XXXIII, 54-58.

233. **Mayo** (Robson). — *British med. Journal*, 9 novembre 1889.

234. **Méheut.** — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques*. Thèse de Paris, 1901-1902.

235. **Meredith.** — *British med. Journal*, 1888, p. 1551.

236. **Meyer** (Zurich). — Die Uterus fibroide in der Schwangerschaft unter der Geburt und in Wochenbett. *Centralblatt für Gynäk.*, 1888, p. 723.

237. **Mikline** (V.-P.). — *Journal d'obstétr. et de gynéc.*, avril 1898.

238. **Monod.** — *Annales de gynéc. et d'obstétr.*, 1897.

239. **Monprofit.** — *Revue de gynéc.*, p. 393, 1899.

240. — Sur la myomectomie abdominale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1906, n° 3, p. 517.

241. **More Madden.** — *The Lancet*, t. I, p. 271, 1889.

242. **Mouson-Rutherford.** — Notes on three cases of fibroid tumors complicated by pregnancy and treated by operation. *British med. Journal*, novembre 1896, p. 365.

242 *bis*. **Mouchet** (de Sens). — Séance de l'Académie de méd., 30 mars ; *Ann. de gyn.*, 1897.

243. **Mouchotte.** — *Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum*. Thèse de Paris, 1903.

244. **Mundé.** — *Amer. Journal of Obstetr.*, mars 1888, p. 306.

245. **Mundé** (P.-F.). — Myoma complicating pregnancy ; laceration of the cervix and retroversion ; chronic endometritis and salpingitis. *Intern. Clinic.*, Philadelphia, 1891, II, p. 200-207.

246. **Murphy** (J.-B.). — *The Journal of the American med. Ass.*, p. 406. — *Internat. med. Magazine*, Philadelphia, 1896, 8, 17-22.

247. **Netzel** (W.). — Laparo-myotomy under pregnancy. *Hygeia*, Stockholm, 1890, LII, 1, 13.

248. **Nobet.** — Fibrome utérin. Accouchement. *Société des Sciences méd. de Lyon*, séance de novembre 1897.

249. **Nogu** (P.). — Contributo allo studio dei fibromi uterini complicanti il parto. *Rev. veneta di Sc. med. Venezia*, 1896, XXIV, 358-365.

250. **Ogden.** — *Canadian Practitioner*, avril 1889. — *American Journal of obstetrics*, t. XXII, p. 1138.

251. **Olivier** (J.). — Pregnancy complicated by multiple fibroid nodules on the uterus, occurring for the first time in a woman at the age of 45. *Liverpool medico-chirurgical Journal*, 1891, XI, 264-6.
252. **Orloff** (W.). — Sur la théorie de l'accouchement et de la délivrance dans les fibromes de l'utérus qui produisent un rétrécissement de la cavité pelvienne. *Vratch,* Saint-Pétersbourg, 1892, XIV, 447-451.
253. **O'Shea** (J.-F.). — Removal of fibroid from pregnant uterus with ont resulting miscarriage. *Boston med. and surg. Journal*, 1899, CXI, 139.
254. **Ott** (von D.-O.). — *Annales de Gyn.*, septembre 1892.
255. **Ott** (von D.). — *Archiv für Gynäk.*, 1890, Bd. XXVII, p. 88.
256. **Ozenne** (L.). — De la tolérance de l'utérus gravide. *Bull. méd.*, 1896, p. 594.
257. **Pantaloni.** — *Arch. prov. de chirurgie*, p. 113 et 125, 1897.
258. **Pasquali** (G.). — Fibromi e gravidanza. *Atti di Soc. ital. di ostet. et ginec.*, Roma, 1897, III, 117-141.
259. **Patterson** (Alex.). — *Glasgow med. Journal*, avril 1885.
260. **Pestalozza.** — Fibromes et grossesse. *Répert d'obst. et de gyn.*, Pavie, 1890, p. 316.
261. **Petersen** (L.). — Zwei Fälle von amputation uteri gravidi myomatose supravaginalis. *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, Berlin, 1899, IX, 217-220.
262. **Picqué.** — *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1893, p. 1441.
263. **Pierson** (C.). — Partial placenta praevia delivery by version, inversion of uterus with fibroid complication and replacement by manipulation. Recovery. *New Orleans med. and Surg. Journal*, 1896-1897, XLIX, 22-25.
264. **Pilcher** (L.-S.). — Some reflections upon fibro-myoma of the uterus as influenced by intercurrent pregnancy. *Brooklyn Med. Journal*, 1892, VI, 489-494.
265. **Pinard.** — *Annales de Gynécol.*, 1897.
266. — Thèse de Marcopoulos, 1893.
267. — Thèse de Zaborowski, Paris, 1891, n° 232.
268. — *Comptes rendus de l'O. G. P.*, séance du 2 mars 1900.
269. — Du soi-disant fœticide thérapeutique. (Leçon d'ouverture de la clinique Baudelocque). *Ann. de gyn. et d'obstét.*, janvier 1900.
270. — Des fibromyomes de l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, janvier 1905.
271. **Piqnand.** — *Dégénérescence des fibromyomes de l'utérus.* Thèse Paris, 1905, p. 319. G. Steinheil.
272. **Platon** (J.). — Grossesse et utérus fibromateux, naissance d'un enfant pseudencéphale à terme et vivant. *Marseille médical*, 1897, XXXIV, p. 785-797.
273. **Plesch** (Johannes). — *Ueber Fibromyome des graviden Uterus mit Berucksichtigung eines Falles*, Greifswald, 1890, J. Abel, 28 p., in-8.

274. **Polk.** — *Amer. gyn. and obst. journal*, july 1896.
275. **Pollosson.** — *Soc. obst. de France*, 6 avril 1896.
276. **Porak.** — *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 8 mars et 12 avril 1888.
277. — Trois cas de dystocie par corps fibreux. *Rép. univ. d'obstét. et gynécol.*, 1888, p. 294, 1re observation.
278. **Pozzi** (S.). — Corps fibreux compliqués de grossesse. *Gazette méd. des hôpitaux de Paris*, 1890, 7, s. VII, p. 241-244.
279. **Price** (J.). — A case of Porro's operation necessitated by fibroid tumor. *Trans. Coll. Physicians*, Philadelphia, 1891, 3 s. 118-121.
280. — Exhibition of specimen from a case of Caesarean section with removal of the uterus and larger fibroid tumor. *Ibid.*, 111-115.
281. **Puech** (P.). — *Nouveau Montpellier médical*, janvier 1895.
282. **Pujol.** — *Des rapports réciproques de la grossesse et de la parturition avec les tumeurs fibreuses de l'utérus.* Thèse Montpellier, 31 juillet 1896. Gustave Firmin et Montane.
283. — La grossesse dans l'utérus fibromateux, *Revue internat. de méd. et de chirurgie*, 25 mai 1897, p. 167.
284. — Un cas de grossesse dans un utérus fibromateux ; mort de la mère après expulsion spontanée à terme d'un enfant mort. *Arch. de gynéc. et de tocol.*, Paris, 1896, XXXIII, 687-691.
285. **Pyle** (J.-S.). — Uterine fibroids simulating pregnancy. *Med. Rec.*, New-York, 1898, LIII, p. 533.
286. **Read.** — *New Orleans md. Journal*, p. 200, 1885.
287. **Reid** (A.-P.). — Report of a case of labor complicated by a polypus. *Maritime Med. News*, Halifax, 1898, X, 196.
288. **Rein.** — *Annales de gynécologie*, septembre 1893, p. 221.
289. — *Vratch*, 1894, n° 47 et *Annales de gynéc.*, p. 257, 1895, t. I.
290. **Remy** (S.). — Cas de fibromes énormes observés pendant la grossesse et l'accouchement. *Archives de tocol. et de gynécol.*, Paris, 1894, XXI.
291. **Ribemont-Dessaignes.** — *Annales de gynécol.*, avril 1890, p. 241.
292. **Riketts** (E.). — Porro's operation at on near the 5th. month for small fibroid of the cervix accompanied by hydramnios and total retention of urine. *Amer. Journal of obst.*, New-York, 1896, XXXIV, 690. Discussion, 652-655.
293. **Riedinger.** — *La Loire médicale*, p. 73, 189.
294. **Rosenwasser.** — Report of 3 cases of uterine fibroids complicated by pregnancy. *Amer. Journal of obstetrics*, novembre 1896, p. 760.
295. **Rosner** (A.). — Fibrome utérin et grossesse. *Przeglek*, Krakow, 1892, XXXI, 469, 481, 493.
296. **Ross** (J.-W.). — *Amer. Journal of Obstetrics*, 1897, p. 261.
297. **Ross** (J.-F.-W.). — Caesarean section obstruction of the pelvis by a large fibroid tumor ; previous induction of premature labor. Recovery. *Amer. J. Obstetrics*, N.-Y., 1897, XXXV, 261-264.
298. **Ross.** — *Amer. Journal of obstetrics*, p. 367, 1893.

299. **Rosthorn.** — *Société méd. allem. de Prague*, 1892.
300. **Routier.** — *Annales de gynécol.*, 1890.
301. **Rouville et Martin.** — La mort des fibromyomes de l'utérus. *Arch. gén. de méd.*, 14 août 1906.
302. **Rudolph.** — Myom bei omerwöchentlicher schwangerschaft. *Zeitschr. für Geburt. und Gynäk.*, Stutgard, 1899, XXVI, 254.
303. **Ruge** (P.). — *Berlin. klin. Woch.*, n° 36, p. 557, 1888.
304. **Ruvapf** (W.-H.). — Uterine fibroma in pregnancy with report of a case. *Amer. Gynec. and Obst. Journal*, New-York, 1897, XI, 17-21.
305. **Ruth** (G.-E.). — Pregnant fibroid uterus. Report of a case that died. *Langdalis Lancet*, Kansas City, 1896, I, 93.
306. **Saladin** (Raoul). — *Etude sur les polypes intra-utérins avant, pendant et après la grossesse*, Nancy, 1889, 90 pages, in-4, n° 291.
307. **Salin** (M.). — Cas of intraligamentary developed myoma proceeding from small pelvis complicated by pregnancy ; extirpation. Recovery. *Forth Srens. Läk. Salilk. sammank.* Stockholm, 1891, 44, 40.
308. — Cas de myome cervical empêchant l'accouchement. *Id.*, Stockholm, 1898, 19-21.
309. **Sanger.** — *Fertschrift zum jubilaum Crede's*, Leipzig, 1881.
310. **Sangregorio** (G.). — Contributo alla casistica dei fibromi uterini complicanti lo stato puerperale. *Gazz. d'osp.*, Napoli, 1890, XI, 794, 802, 811.
311. **Schrœder.** — *Traité d'obstétrique*, cité par Turner.
312. — *Zeitsch. für Geburtsh.*, 1880.
313. **Schuhl.** — Déplacement d'un fibrome du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse. *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1897, XXIX, 644-648.
314. — Inertie utérine pendant un accouchement compliqué de tumeur fibreuse du fond de l'utérus. *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1890, XXII, 603-606.
315. **Schultz** (H.). — Fibrome et grossesse. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1897, XLI, 245.
316. **Schwartz.** — *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 20 décembre 1900, p. 1171.
317. **Sécheyron.** — Des accidents de la grossesse dans les utérus avec petits fibromes. *Sem. gyn.*, Paris, 1897, II, 147-148.
318. **Séguineau.** — *Contribut. à l'étude de l'influence des fibromes de l'utérus sur l'accouchement.* Thèse de Lyon, 1897.
319. **Sesetion** (J.-C.). — Myoma complicating pregnancy. *Amer. gynec. Journal*, Toledo, 1893, III, 81-86.
320. **Sinclair** (W.-S.). — Case of operation for removing subcervus fibro-myoma of the uterus during pregnancy. *Med. Chron.*, Manchester, 1895, 96-IV, 40, 43.
321. **Smith** (Ch.-N.). — *Amer. Journal of obstetrics*, p. 365, 1894.

322. **Smith** (A.-L.). — Removal of a fibroid tumour at second month of pregnancy. *Montreal med. Journ.*, 1898, XXVII, 386.
323. **Smyly**. — *British med. Journal*, p. 1450, 1894.
324. **Solowieff**. — *Annales de gynéc.*, 1899, p. 409.
325. **Spencer** (Wells). — *Annales de Gyn.*, 1888, p. 438.
326. **Sterman** (H.-B.). — *Chicago pathol. Soc.*, 9 décembre 1895.
327. **Starely** (A.-L.). — Myomectomy during pregnancy. *New York Journ. gynec. and obst.*, 1894, IV, 667-678.
328. **Stranch** (W.). — *St Petersburg Med. Woch.*, 1892, n° 10.
329. **Stroheker**. — *Les fibromes du ligament large*, thèse de Paris, 1901-1902.
330. **Studsgaard**. — Cité par Hegar et Kaltenbach.
331. **Sutugin** (W.). — Die Bedeutung des Porroschen Kaiserschnittes und wunschwerthe Verlesserungen disselten. *Centralbl. für Gyn.*, 1889, n° 6, p. 89.
332. — Grossesse et accouchement compliqués de fibromyomes siégeant dans le bassin. *Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1891, XII, 1-35.
333. **Swett** (Emily F.). — Intramural fibroma as a complication of pregnancy. *Homœopathie J. Obstetrics*, New-York, 1892-XIV.
334. **Syherter** (S. E.). — *New England med. Gaz.*, Boston, 1890.
335. **Tandler**. — Ein Fall von Porro's cher supravaginaler Amputatio uteri in Folge uns tilltaver Blutungen mit glücklichem Ausgange. *Münch. Med. Wochensc.*, 2 février 1897, 140.
336. **Tarnier**. — Grossesse et corps fibreux multiples. *Journal des sages-femmes*, Paris, 1892, XX, 124.
337. **Tauffer**. — *Centralbl. für Gynäk.*, 1887, p. 119.
338. **Taylor** (W. J.). — A case of twin pregnancy complicated by a large myoma in the right broad ligament abdominal section and removal of 3 tumors ; abortion, recovery. *Amer. Gynäc. and Pæd.*, Philadelphia, 1892-1893, VI, 92-95.
339. **Ter Michae Gantz** (S. V.). — Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et sur les opérations dans la première moitié de la grossesse. *Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1891, XII, 472-493.
340. **Terrier**. — In thèse Zaborowski, 1891, n° 232.
341. — The treatment of fibroid tumors during pregnancy and labor (Edit.). *Amer. Gyn. and Pœdiat.*, Boston, 1898-1899, XII, 38-43.
342. **Thornton** (Vn). — *British med. Journal*, 1888, p. 1331.
343. **Thumin** (L.). — Casuistischer Beitrag zur Complication der Schwangerschaft mit myomen. *Wien. klin. Woch.*, 1896, IX, 922 924.
344. **Tissier**. — *Bull. de la Société d'obstétrique de Paris*, février 1898, p. 3.
345. **Toth** (I.). — Les résultats de la grossesse et des fibromes. *Orvosi hetil*, Budapest, 1897, XLI, 252.
346. **Treub**. — *Archives de tocol. et de gyn.*, t. XXI, p. 806, 1894.
347. **Treub** (d'Amsterdam). — Fécondité et fibromes utérins. *Bull. de la Société d'obstétrique de Paris*, 18 février 1904.

348. **Tuffier.** — *Annales de gynécol.*, novembre 1889, p. 321.
349. **Turgard.** — *Annales de gynécol.*, 1888, p. 438.
349 *bis.* **Turner.** — *Fibromes et puerpéralité (interventions chirurgicales dans les cas de fibromes au cours de la puerpéralité).* Thèse de Paris, 1900-1901.
350. **Turnhull** (G.-D.). — Expulsion of a fibroid tumor from the uterus four days after confinement. *Maritime M. News*, Halifax, 1896, VIII.
351. **Vanderveer.** — *Amer. Journal of obstetrics*, XXII, 121, 1889-1890.
352. **Vanderveer** (A.). — Uterine fibroids complicated by pregnancy. *Med. New*, New-York, 1896, LXIX, 659-663.
353. — Present treatment of fibroids associated with pregnancy. *Tr. med. Soc*, New-York. Phila., 1897, 976-348.
354. **Van Eman** (J.-H.). — Uterine fibroids complicated by pregnancy, *Kansas City Med. Record*, 1897, XIV, 85-87.
355. **Van Hasselt.** — Fibromyome et grossesse. *Bull. de la Société belge de gyn. et d'obst.*, Bruxelles, 1898-1899, IX, 6.
356. **Vaquez.** — Du cœur dans la grossesse normale. *Presse médicale*, n° 11, 2 février 1898.
357. **Varnier.** — *Ann. de gyn. et d'obst.*, p. 18, 1884.
358. **Varnier et Delbet.** — Hystérectomie abdominale totale pour grossesse compliquée de fibromes. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, 1897, p. 77.
359. **Vautrin.** — *Traitement des fibromes.* Thèse d'agrégation, 1886.
360. — *Congrès de chirurgie*, 7e *session*, 4 avril 1893, VII, p. 150.
361. **Vautrin et Schuhl.** — *Société de méd. de Nancy*, juin 1898.
362. **Veit.** — *Annales de Gynécol.*, septembre 1889, p. 221.
363. **Vogel.** — *Ueber supra vaginale Amputation des Schwangeren Uterus wegen Myomata.* Dissert. inaug., Giessen, 1887.
364. **Voigt.** — Verlegung der Beckenhöhle durch ein grosses Cervical Myom Porro. *München med. Wochensch.*, 1893, XL, 409-411.
365. **Wallace** (A.-J.). — Removal of a one free calcified and two subserous pediculated fibromyomata during pregnancy. *British med. Journal*, London, 1898, I, 1131.
366. **Weist.** — *Medical Record*, 13 mars 1886.
367. **Werder.** — *Amer. Journal of obstetrics*, p. 1894.
368. **Witherstine** (H.-H.). — Fibrome complicating pregnancy. *North. west Lancet*, Saint-Paul-Minn., 1895, XV, 452-454.
369. **Wordin** (N.-L.). — A Porro Caesarean operation for pregnancy complicated with fibroid tumor. *Jale med. J.*, New-Haven, 1895-1896, II, 225-250.
370. **Wider.** — Perforation Kunstliche Fruhgehurten und Secto Cœsarean in lher Stellung zur Therapie. Engen Becker. *Archiv für Gynäk.*, 1891, t. XVI, p. 222.
371. **Zaborowski** (Stanislas). — *Queiques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse.* Paris, 1891, 55 pages, in-4°, n° 232.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION.

HISTORIQUE. — Etiologie et pathogénie des fibromes. — Leur rôle au cours de la puerpéralité. — Division du sujet. 7

CHAPITRE I. — **Fibromes et grossesse. — Symptômes. — Diagnostic. — Complications** 15

Opérations conservatrices. 19

Polypectomie vaginale. 19
Myomectomie vaginale. 19
Polypectomie abdominale. 20
Myomectomie abdominale. 21
Tableaux 22

Opérations mutilatrices. 52

Hystérectomie vaginale. 52
Hystérectomie abdominale subtotale 52
Tableaux. 53
Hystérectomie abdominale totale 56
Tableaux 57
Le moment de l'intervention 69

Rareté de l'intervention dans les fibromes au cours de la grossesse. 70

CHAPITRE II. — **Fibromes et travail. — Symptômes. — Complications** 73

Opérations conservatrices. 78

Polypectomie vaginale 78
Myomectomie vaginale. 79
Polypectomie et myomectomie abdominale. 79
Césarienne conservatrice 79

Opérations mutilatrices. 81

Opération de Porro 81
Hystérectomie abdominale sub-totale. 96
Hystérectomie abdominale totale. 100
Tableaux 101

De la rareté de l'intervention dans les cas de fibromes au cours du travail 111
Tableaux de la clinique Baudelocque 112

CHAPITRE III. — **Fibromes et suites de couches. — Symptômes. Complications** 133

Opérations conservatrices 134
Opérations mutilatrices 135
Hystérectomie vaginale 135
Hystérectomie abdominale 136

CHAPITRE IV. — **Fibromes et allaitement** 149

CHAPITRE V. — **Théorie générale des rapports des fibromes et de la puerpéralité** (Pr Pinard) 161

Conclusions 165

Bibliographie 167

Imp. J. Thevenot. — Saint-Dizier (Haute-Marne).

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE